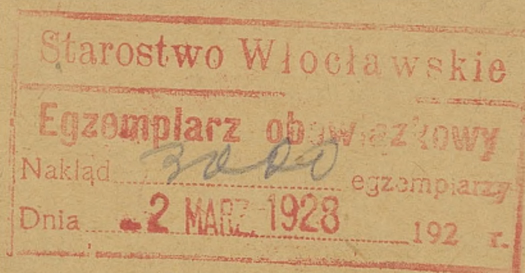
WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego



WARSZAWA

ROK II LUTY 1928 ZESZYT II

ROK II WARSZAWA 1928 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DARTIGUES.

Metody przeszczepiania jąder.

Tyle się obecnie mówi o przeszczepianiu jąder, a jednak nawet nie wszyscy lekarze mają należyte pojęcie o tym zabiegu, o wielkości poszczególnych części, o ich wyborze, o miejscu, gdzie się je wszczepia.

Różni chirurgowie posługują się zupełnie odrębną techniką, z którą należy się zapoznać, jeżeli chcemy bliżej zaznajomić się z całokształtem zagadnienia.

Podział na kategorje może być przeprowadzony przedewszystkiem podług wielkości części wszczepianej.

Rozróżniać więc możemy:

1. Przeszczepianie całkowite jądra, czyli przeszczepianie całego jądra; postępowanie stosowane przez *Lydston'a*, *Enderlen'a*, *Lichtenstern'a*, *Maxa Thoreck'a*; zwłaszcza amerykańscy chirurgowie położyli duże zasługi w badaniu klinicznem i doświadczalnem tej metody.

2. Przeszczepianie częściowe jądra, czyli przeszczepianie cząsteczkowe, tylko fragmentów jądra. Jest to sposób *Voronoff'a*, stosowany przez niego i jego uczniów.

A więc wszczepiano do moszny bądź całe jądro, bądź też jego kawałki.

W inny sposób można podzielić jeszcze metody przeszczepiania, a mianowicie podług miejsca wszczepienia, podług wyboru siedliska dla przeszczepu.

Wychodząc z tego stanowiska możemy rozróżniać:

1. Umieszczenie przeszczepu w ścianie brzusznej.

Tu należy jeszcze wprowadzić podział dodatkowy:

Enderlen wszczepiał całe jądra ludzkie pod skórę brzucha do podściółki tłuszczowej podskórnej. Przeszczep uległ wessaniu.

Lichtenstern wszczepił całe jądro pod mięśnie brzucha; wchłonięcie przeszczepu

nastąpiło po dwóch miesiącach skutkiem ucisku, spowodowanego częstotliwym kurczeniem mięśni.

Max Thoreck wszczepiał całe jądra ludzkie i małpie podotrzewnowo i otrzymał wyniki dobre. Przedstawił on preparaty drobnowidzowe przeszczepów po 13 miesiącach po operacji; przeszczepy zachowały swą żywotność; czynność komórek śródmiąższowych również była zachowana.

2. Umieszczenie przeszczepu w obrębie tułowia, a mianowicie w okolicy lędźwiowej.

Max Thoreck posługiwał się tym sposobem, przeszczepiając całe jądro w niszę nerkową i umieszczając je na tylnej powierzchni nerki, po za powięzią nerkową w luźnej tkance pozanerkowej. Okolicę tę udostępniał on cięciem podobnym do używanego do wycięcia nerki.

To umiejscowienie przeszczepu posiada w oczach *Thoreck'a* tę zaletę, że, jak się on wyraża, „jądro może uzyskać obfite unaczynienie i nie jest wystawione na ucisk ze strony mięśni". Jabym pozwolił sobie na jedną uwagę: płynny tłuszcz pozanerkowy nie wydaje mi się podłożem sprzyjającem unaczynieniu, a potężne mięśnie lędźwiowo brzuszne kurcząc się powodują silny ucisk, również nieobojętny dla dalszych losów przeszczepu.

Zdaniem *Max'a Thoreck'a* takie umieszczenie przeszczepu „jest o wiele prostsze, niż podług *Voronoff'a*, dostęp do okolicy lędźwiowej jest łatwiejszy". Ja sądzę, że odwrotnie, uraz operacyjny jest w sposobie *Thoreck'a* o wiele większy i że właśnie dostęp jest mniej łatwy, aniżeli w metodach mosznowych.

Max Thoreck nakłuwa żegadłem otoczkę białawą przeszczepionego jądra w celu pobudzenia jej do zrastania się z otaczającemi tkankami. Obawiam się, że przyżeganie takie uszkodzić może żywotność przeszczepu, a liczne strupy wywołać mogą wydalenie przeszczepu.

Wybór okolicy lędźwiowej i tylnej powierzchni nerki jako siedliska przeszczepu jest właściwie do pewnego stopnia nawrotem do stanu zarodkowego, gdy jądro, narząd płciowy, przed rozpoczęciem okresu zstępowania sąsiaduje z nerką, narządem moczowym. Zabieg taki wytwarza nieprawidłowość stosunków, ektopję sztuczną, chirurgiczną, podobną do ektopji wrodzonej. Osobiście uważam za lepsze postępowanie wszczepianie do moczu, w pobliże niewydolnego jądra, gdzie przeszczepione jądro może odgrywać rolę podniety, rolę fizjologicznego sprzymierzeńca. Umiejscowienie to jest mojem zdaniem też o wiele więcej naturalne, bo wszak przeznaczeniem ostatecznem jądra jest pobyt jego w mosznie.

Lecz uwagi krytyczne tracą wiele na znaczeniu, jeżeli fakty mówią co innego, bo one są rzeczą najważniejszą. *Max Thoreck* zebrał swe spostrzeżenia i swe wyniki w ładnem dziele o schorzeniach jądra, które się niedawno ukazało. Pokazał on nam w roku 1923 w towarzystwie Chirurgów Paryskich piękne preparaty histologiczne, które wydają się potwierdzać żywotność przeszczepów.

3: Umieszczenie przeszczepu w mosznie, w otoczkach jądra.

Podług mego przekonania jest to jedyne prawidłowe umieszczenie przeszczepu, albowiem umieszczamy go tam, gdzie powinno znajdować się jądro dojrzałe.

Musimy rozróżniać tutaj:

Przeszczepianie całkowite, to jest wszczepianie całego jądra do moszny, jak to robił amerykanin *Lydston* posługując się jądrem ludzkiem, jako materjałem do przeszczepiania. Ale próby takie kończyły się obumarciem przeszczepu.

Przeszczepianie częściowe, a więc przeszczepianie fragmentów gruczołu. Układając te fragmenty równomiernie na jądrze niewydolnem, stwarza się warunki, w których nowe połączenia z otaczającemi błonami wytwarza nie otoczka biaława, lecz szlachetna tkanka miąższowa. Tym sposobem posługuje się *Voronoff*, bądź umocowując przeszczepy na powierzni wewnętrznej listka ściennego otoczki właściwej, co czyni najczęściej, bądź też na powierzni wewnętrznej tegoż listka, w jamie międzylistkowej. Można więc rozróżniać w przeszczepianiu częściowem domosznowem wokoło jądrowem jeszcze i sposób zewnątrz — otoczkowy, lub zewnątrz-ścienno-otoczkowy i sposób wewnątrz-otoczkowy, lub wewnątrz ścienno otoczkowy.

Naogół rzecz biorąc, przyczynę złych wyników w tych rozmaitych sposobach przeszczepiania szukać należy w mylnym wyborze objętości przeszczepu, albo też w błędnem jego umieszczeniu. Z je-

dnej strony duża objętość przeszczepu, gruba, tęga, pozbawiona naczyń błona biaława nie sprzyjają bynajmniej łatwemu wytwarzaniu się połączeń naczyniowych. Z drugiej strony, co się tyczy wyboru miejsca dla przeszczepu, to wielu autorów nie otrzymało dobrych wyników dlatego, że nie umieszczali oni przeszczepu w odpowiedniem a przynajmniej najwięcej odpowiedniem, miejscu, oraz dlatego, że nie liczyli się oni w stopniu wystarczającym ze sprawą unaczynienia.

Jeżeli *Carrel'owi* powiodło się przeszczepianie całych narządów, to tylko dlatego, że posługiwał się on szwem naczyniowym, zeszywając koniec z końcem naczynia odżywcze; zespolenie tętnic jest w przeszczepianiu jąder niewykonalne wobec cienkości tych naczyń, nie pozostaje więc nic innego, jak liczyć na wytworzenie się nowych naczyń włoskowatych z obwodu.

A. LUMIERE i MONTOLOY.

O florze drobnoustrojowej nowotworów złośliwych.[1]

Praca z Ośrodka dla zwalczania raka w Lugdunie.
Kierownik: L. Berard.

Począwszy od czasów Pasteur'a, gdy przeprzekonano się jak wiele stanów chorobowych wywołują drobnoustroje, liczni bakterjologowie usiłowali wykryć w nowotworach złośliwych drobnoustroje, które można by było przyjąć za istotną przyczynę powstawania guzów złośliwych.

Większości badaczy zresztą udało się rzeczywiście wyhodować z posiewu cząstek guzu na odpowiednich pożywkach rozliczne drobnoustroje, którym też przypisywano większą lub mniejszą rolę w powstawaniu nowotworów złośliwych.

Nie mamy bynajmniej zamiaru szczegółowego przedstawienia wszystkich tych badań; są one streszczone w ciekawej pracy *F. Cathelin'a*, o etjologji raka, która ma być niebawem ogłoszona; tutaj poprzestaniemy na przytoczeniu w porządku chronologicznym nazwisk autorów, którzy przeprowadzili odnośne badania z wynikiem dodatnim. A więc najsamprzód *Nepven* w roku 1872-80 wyodrębnił drobnoustrój nabłonkowy; *Rappin* (1887) spostrzegał we wszystkich guzach dwoinkę; *Scheurlen, Domingo Freire, Perrin i Sanarelli, Francke, Koubassoff, Doyen* mniej więcej w tym samym czasie opisali różnorodne drobnoustroje wyodrębnione z guzów złośliwych. *Moty* w 1894 r. spostrzegał ziarenkowce w szparach między komórkami nowotworowemi; *Nuzum* (1918), *Nelli Mori* (1925) i zupełnie niedawno *Glover i Cormack, Fejgin, Epstein i Kazimierz Funk* i wreszcie *J. Roy* wykryli w tkankach nowotworowych mikrokokki, będące ich zdaniem czynnikiem wywoływującym.

Ostatnio wymieniony badacz wykrył we wszystkich nie rozpadających się i wtórnie nie zakażonych rakach drobnoustrój w postaci bardzo wielopostaciowych ziarenek, występujący przeważnie, jako dwoinka o nierównych połówkach, wielkości mniej więcej około mikrona i poruszający się dzięki oscylacji bocznej, wskutek czego nazwał go *oscylokokkiem raka*. Drobnoustrój ten wykazuje odmiany swej postaci zależnie od podłoża hodowli i od jej wieku.

Autor ten kładzie nacisk szczególny na łatwość występowania odmian morfologicznych i na nadzwyczajną żywotność oscylokokka; albowiem drobnoustrój nie ginie po dziesięciominutowem gotowaniu hodowli, a nawet niekiedy po wstawieniu jej na dwadzieścia minut do autoklawu przy 115^0; nie zabija go działanie w ciągu 48 godzin 5% rozczynu kwasu karbolowego, spirytusu 33^0, jodu w ilości 49 kropel na 100 c. sz. pożywki peptonowej i t. d.

Uderzyło nas podobieństwo właściwości tego mikrobu i drobnoustrojów, które wychodował *Portier* z narządów

[1]) *Praca* przedstawiona Akademji Lekarskiej w Paryżu przez D-ra Roux na posiedzeniu 7.VI 1927.

zdrowych i które stanowiły materjał dla jego badań o symbiotach.

Uzupełniając badania *Portier'a* wykazaliśmy, że tkanki prawidłowe kręgowców mogą zawierać spory saprofitów w stanie spoczynku i że, niezależnie od zawsze mogących się zdarzyć przygodnych zakażeń, właśnie te drobnoustroje wyrastają w wyjątkowych razach na pożywkach, przy posiewach cząstek narządów osobników zdrowych.

Poszukiwanie swoistego drobnoustroju w guzach nastręcza więc przedewszystkiem dwie główne trudności, nie wystarczająco uwzględnione przez autorów przeprowadzających odnośne badania.

1. Nie jest bynajmniej tak łatwo, jak możnaby a priori przypuścić, wyłączyć wszelką możliwość przypadkowego zakażenia.

2. Narządy prawidłowe mogą zawierać drobnoustroje o cechach tych samych, co i drobnoustroje napotykane w guzach; należy się więc zastanowić, czy te ostatnie znajdują się wogóle w jakimkolwiek bądź związku z sprawą rakową.

Co się tyczy punktu pierwszego, to należy podnieść, że usuwanie nowotworów odbywa się w salach operacyjnych, których powietrze zawiera liczne drobnoustroje, przeciętnie około 12 tysięcy na metr sześcienny, przeto jest prawie niemożliwością uniknienie zupełne zakażenia; co więcej, możliwość zakażenia zwiększa jeszcze okoliczność, że posiew nie odbywa się natychmiast po usunięciu guza i że podczas tej zwłoki pomiędzy wyjęciem guza, a posiewem rozmnażenie się przygodnych drobnoustrojów zwiększa szanse omyłki. W rzeczywistości szybkość, z jaką gnicie wkracza do narządów natychmiast po ustaniu procesów życiowych, jest wprost zastanawiająca. Nie rzadko się naprzykład spostrzega, jak cała grubość miąższu prawidłowej wątroby wykazuje zmiany septyczne w 24 godziny po śmierci.

Wydaje się dość prawdopodobne, że inwazja drobnoustrojowa nie zajmuje stopniowo w ciagu kilku godzin całej wątroby, szerząc się z narządów septycznych, jak np. z jelit, lecz że spory, znajdujące się w głębi tkanek prawidłowych w stanie utajonym poczynają bujać wskutek kłaczkowacenia i zmian koloidalnych wywołanych przez śmierć.

Pozatem rękoczyny operującego podczas usuwania guza, podczas rozdrobnienia go na fragmenty mieszczą w sobie nowe możliwości zetknięcia z drobnoustrojami świata zewnętrznego.

Podjeliśmy przed kilku miesiącami badania, które się ukażą w osobnej pracy i które wykazują, jak trudno niekiedy wyłączyć całkowicie wszelkie czynniki bakteryjne podczas niektórych rękoczynów doświadczalnych.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że pomiędzy wynikami posiewu z guzów, podawanemi przez bakterjologów, pewna liczba hodowli dodatnich powstała jedynie wskutek niewystarczającej techniki z zanieczyszczeń z zewnątrz, nie mających z nowotworem nic wspólnego.

Ażeby uniknąć w miarę możliwości tych źródeł omyłek, należało przedewszystkiem ulepszyć technikę postępowania, co też uczyniliśmy, przynajmniej w pewnej mierze, stosując ostrożności następujące:

Guzy natychmiast po usunięciu wkładano do wyjałowionego naczynia i niezwłocznie przenoszono do pracowni, gdzie je z zachowaniem wszelkich prawideł aseptyki krajano w kawałki sześcianowate lub pryzmatyczne. Powierzchnie tych kawałków wyjaławiono przez krótkotrwałe dotknięcie płytką metalową, ogrzaną do 3—400°. Odbywało się to bardzo prędko, pod kloszem wyjałowionym zapomocą opalenia. Postępowanie to mogło podnieść najwyżej o kilka stopni ciepłotę we wnętrzu fragmentu, co oczywiście nie mogło w żadnym razie osłabić żywotność drobnoustrojów, mogących się znajdować we fragmencie; natomiast warstwy powierzchniowe były w ten sposób zupełnie wyjałowione, jak to dowiodły badania kontrolne.

Niezwłocznie potem i ciągle w tem jałowem urządzeniu dzieliliśmy guz na malutkie sześciany o krawędzi 3 mm. Liczba uzyskanych sześcianów wahała się zależnie od objętości guza. Każden sześcian pogrążaliśmy w buljonie, przygotowanym podług przepisu *Roy'a*. Wszystko to wykonywaliśmy z największą szybkością, używając jaknajmniej rękoczynów i z jaknajdokładniejszą starannością. Hodowle były badane po upływie 24 godzin. 48 godzin, 8 dni i 30 dni.

Skoro ustaliliśmy dokładnie stronę techniczną, skorzystaliśmy z uprzejmości kie-

rownika ośrodka dla zwalczania raka w Lugdunie, profesora *Bérard'a* i jego uczniów i otrzymaliśmy 45 nowotworów rozmaitej budowy. Materjałem uzyskanym z każdego guza zasiewaliśmy 12 probówek, czyli razem otrzymaliśmy 540 hodowli. Wszystkie rodzaje drobnoustrojów wyhodawanych podczas naszych badań zostały ustalone na podstawie ich cech morfologicznych, ich właściwości, wyglądu kolonji i jak się okazało, wszystkie należały do zupełnie określonych gatunków. Nie wykryliśmy żadnego nowego drobnoustroju

Należy zaznaczyć, że w razie dodatniego wyniku hodowli wszystkie probówki tej samej serji zawierały ten sam drobnoustrój; gdy hodowla była ujemna, w żadnej nie spostrzegano wzrostu. Jedynie w 11 probówkach z 540, przypuszczalnie przypadkowo zakażonych pomimo wszelkich ostrożności, rozwinął się w 4 prątek sienny, w 2 grzybki pleśniowe, w 2 laseczník okrężnicy i w 3 gronkowce, podczas, gdy drobnoustroje, wyhodowane z guzów w przypadkach, gdy hodowle nie pozostawały jałowe, należały prawie zawsze do grupy paciorkowców, a tylko kilka razy do gronkowców.

Również istnieje prawdopodobieństwo, że niektóre z tych 11 hodowli zostały wywołane przez saprofity tkankowe, znajdujące się zazwyczaj w stanie utajonym w prawidłowych narządach.

Zupełna jednolitość wyników dowodzi, że postępowanie nasze było odpowiednie i że jesteśmy uprawnieni do wyciągania wniosków z naszych badań.

Oto otrzymane przez nas wyniki.

Na 120 posiewów z 10 raków sutka wszystkie okazały się jałowe, za wyjątkiem dwóch zanieczyszczeń prątkiem siennym i trzech gronkowcami; o ile te ostatnie nie pochodziły być może od nielicznych drobnoustroi znajdujących się w guzie, z którego był wykonany posiew.

Wobec tego, że gronkowce były dość często znajdowane w innych nowotworach zakażonych, można przypuścić, że i pozostałe dwa szczepy gronkowcowe nie otrzymano skutkiem przypadkowego zanieczyszczenia, lecz, że istotnie pochodzą one z drobnoustroi zawartych w guzie.

W dwóch przypadkach mięsaka sutka 23 probówki pozostały jałowe, a w jednej wyrósł gronkowiec.

W pięciu guzach torbielowatych sutka otrzymaliśmy wyniki ujemne.

Można więc powiedzieć, że guzy sutka, o ile nie są wtórnie zakażone i nie są w okresie rozpadu, nie zawierają żadnych swoistych drobnoustroi, jak to wykazują nasze badania.

To samo spostrzegaliśmy w dwóch przypadkach raka tarczycy; w żadnej z 24 hodowli nie stwierdziliśmy wzrostu drobnoustroi. Z trzech raków przyusznicy dwa nie zawierały żadnych drobnoustrojów (24 probowki — 23 jałowe, 1 zanieczyszczona prątkiem siennym), a z 9 guzów gruczołowych okolic tętnicy szyjnej, podbródkowej, nadobojczykowej i pachowej pięć było zupełnie jałowych (60 probówek; 59 jałowych, w 1 prątek sienny), trzy były zakażone paciorkowcem (36 probówek — wszystkie jednakowe) a w jednym napotkaliśmy florę mieszaną — paciorkowcowogronkowcową. (12 hodowli).

Trzy raki jamy ustnej i dwa raki szyi macicy dały wszystkie hodowle paciorkowcowe i gronkowcowe czyste i mieszane.

W posiewach z guza odbytnicy w dwóch probówkach stwierdziliśmy prątek okrężnicy, reszta pozostała jałowa.

Z czterech raków twarzy (48 hodowli) dwa okazały się jałowe, (24 hodowle jałowe), trzeci dał czystą hodowlę gronkowca, a czwarty 12 hodowli mieszanych gronkowcowopaciorkowcowych.

Dwa włókniaki macicy, guz pachy i mięsak szczęki okazały się jałowe (48 hodowli, z tych 47 jałowych, 1 pleśń).

Załączona tablica daje zestawienie wyników.

Dodajmy, że otrzymaliśmy wynik dodatni właśnie w tych guzach, które są więcej narażone na wtórną infekcję (raki jamy ustnej, raki szyi macicy, raki twarzy i gruczołów).

Gdy w przypadkach wyjątkowych następuje zanieczyszczenie, lub gdy wzrastają drobnoustroje tkankowe, zawarte i w narządach prawidłowych, to rosną na pożywkach przedstawiciele saprofitów, które to drobnoustroje odznaczają się szczególną odpornością na ciepło i rozczyny odkażające. Te właśnie drobnoustroje były przyjmowane przez autorów za mikroby raka.

Rodzaj guza	Liczba przypadków	Liczba hodowli	Z wynikiem dodatnim	Jałowe	Drobnoustroje tkanek prawidłowych, lub zanieczyszczenia
Rak sutka	10	120	0	115	w 2 prątek sienny w 2 gronkowce w 1 pleśń
Mięsak sutka	2	24	0	23	w 1 gronkowce
Guzy torbielowate sutka	5	60	0	60	0
Raki tarczycy	2	24	0	24	0
Raki przyusznicy	3	36	0	35	w 1 prątek sienny
Włókniaki macicy	2	24	0	24	0
Rak odbytnicy	1	12	0	10	w 2 prątek okrężnicy
Gruczoły nowotworowo zwyrodniałe	9	108	36 paciorkowców 13 mieszane pac. gronk.	59	w 1 prątek sienny
Raki jamy ustnej	3	36	24 paciorkowce, 12 mieszanych pac. gronk.	0	0
Raki szyi macicy	2	24	24 paciork.	0	0
Raki twarzy	4	48	24 gronk. paciork.	24.	0
Różne	2	24	0	23	w 1 pleśń
Ogółem	45	540	132	397	11

Zgodność naszych wyników pozwala nam na sformułowanie wniosków następujących:

1. Guzy złośliwe, nie rozpadające się i nie zakażone wtórnie, nie zawierją, jak się wydaje, żadnych swoistych tlenowców, które mogłyby być hodowane za pomocą metod bakterjologicznych, obecnie będących w użyciu.

2. Gdy guzy te są wtórnie zakażone, to posiew z nich daje hodowlę najczęściej paciorkowców, a niekiedy gronkowców.

3. Inne, dotychczas znajdowane w guzach drobnoustroje, są zapewne mikrobami przypadkowo trafiającemi do pożywek wskutek nieodpowiedniej techniki, albo drobnostrojami niekiedy znajdującymi się w stanie ukrytym w każdej żywej tkance prawidłowej.

A więc posiewy z guzów w trzech przypadkach mogą spowodować wzrost drobnoustrojów:

a) gdy pochodzą z guzów rozpadających się lub zakażonych;

b) gdy zawierają saprofity, które mogą się znajdować w każdej tkance żyjącej.

c) gdy podczas manipulowania nastąpiło przypadkowe zanieczyszczenie.

We wszystkich przypadkach wzrastają na pożywkach już znane gatunki drobnoustrojów.

ROZWAŻANIA.

NAPISAŁ

Prof. Dr. Leon Kryński.

W gorączkowem życiu doby dzisiejszej przyśpieszone tętno odbija się we wszystkich jego dziedzinach. Odczuwamy je i w nauce, w różnych jej gałęziach, najwybitniej może w medycynie, gdzie umysły nasze, dążąc do rozwiązywania wysuwających się ciągle zagadnień patologji i terapji, poddają się łatwo temu, bardzo zresztą pożądanemu, pędowi dążenia naprzód. Jesteśmy więc świadkami i współdziałaczami, jak różne gałęzie nauk lekarskich, oparte na zdobyczach dzisiejszej chemji i fizyki, wchłaniają w siebie olbrzymi arsenał coraz to nowych środków i metod leczniczych, dążąc do wykrzesania z nich najskuteczniejszej broni do walki z wrogiem ludzkości — chorobą.

Postęp techniki chirurgicznej, wsparty na granitowych podstawach bakterjologji, zyskuje coraz nowe tereny dla zabiegów operacyjnych, które dziś nie uznają dla siebie nijakich granic anatomicznych w ustroju człowieka. Poczynając od mózgu i jego komór, poprzez płuca, serce, wielkie naczynia i wszystkie narządy jamy brzusznej ciągną zastępy chirurgiczne, zaopatrzone w udoskonaloną broń operacyjną, święcąc w tej walce częstokroć godne uznania zwycięstwa.

W tej wszechświatowej wojnie z chorobą niezbędna jednak jest obecność stała mądrego a bardzo spostrzegawczego stratega — a jest nim nasz zmysł krytyczny. Tylko jego oko daje możność ocenienia wartości rzeczywistej wyników zabiegów operacyjnych, tylko ścisła krytyka może określić dla nich wskazania i granice; jedynie ona zapobiegnie zbyt szerokiemu i niedość usprawiedliwionemu ich stosowaniu u chorych. A wyznać musimy szczerze, że ten właśnie krytycyzm naukowy nie zawsze dopisuje w tak dostatecznej mierze, jaka jest potrzebna do ścisłej oceny naszych metod leczniczych. Spojrzyjmy na to, tak szeroką falą rozlane, leczenie promieniami świetlnymi we wszystkich odmianach ich genetyki radiologicznej. Uprzytomnijmy sobie w dziedzinie chirurgji te hekatomby wyrostków robaczkowych i te hurtownie zespoleń żołądkowo-jelitowych! Czy zawsze są one celowe i usprawiedliwione?... Zaczyna powoli odczuwać to i ogół społeczeństw, stojących poza światem lekarskim. Jako objaw bardzo ciekawy pewnej w tym względzie reakcji przytoczę tu rozporządzenie rady Stanu Dakota Ameryki Północnej w r. 1921, według którego lekarz żądać może honorarjum za wycięcie wyrostka robaczkowego wtedy tylko, kiedy badanie laboratoryjne wykaże w nim obecność zmian chorobowych. Ujęcie sprawy iście amerykańskie — praktycznie i przekonywująco!

A więc — jaknajwięcej krytycyzmu w postępowaniu operacyjnem i ścisłość w ocenie spostrzeganych wyników!

Dlatego też dobrze jest przypomnieć sobie niektóre zdania wybitnych lekarzy, którzy swą pracą twórczą przyczyniali się do budowy gmachu dzisiejszej chirurgji. Zacznę od przytoczenia kilku myśli, wypowiedzianych w pracach Ollier'a, znakomitego chirurga francuskiego z drugiej połowy wieku zeszłego o wielkich zasługach na polu chirurgji kostnej.

Zdania te cechuje owa jasność i przenikliwość umysłów kultury łacińskiej, tego czynnika podstawowego w cywilizacji Europy, kultury, w której widzieć winniśmy zawsze kierownika naszej umysłowości polskiej, tak pokrewnej jej, a tak dalekiej od narzucanej nam ciągle kultury germańskiej.

Warto zatem zapamiętać te zdania. Przedewszystkiem — wyraz odczucia konieczności ciągłego postępu w nauce:

„La prudence d'hier ne peut plus être la sagesse d'aujourd'hui[1]).

„Il faut abandonner ce qui fut bon, pour adopter ce qui est mieux[2]).

„Les conditions sont changées, il faut nous modifier avec elles"[3]).

[1]) Wiedza wczorajsza nie może już być mądrością dzisiaj.

[2]) Należy porzucić to, co było dobre, aby sobie przyswoić to co jest lepsze.

[3]) Warunki uległy zmianie, musimy i my zmienić się razem z niemi.

Ale jednocześnie:

„Des théories brillantes nous séduisent et des mirages trompeurs nous entrainent quelques fois trop loin“[4]).

Wreszcie mądre zdanie, dotyczące chirurgji, które każdy chirurg powinien zawsze mieć zapisane w pamięci, a przynajmniej... na biurku:

„En chirurgie, le succès ne justifie rien par lui même“[5]).

„Le pouvoir de faire certaines operations sans grand danger ne nous donne pas encore le droit de les pratiquer“[6]).

[4]) Świetne teorje nas uwodzą, a łudzące zjawy pociągają nas niekiedy zbyt daleko.

[5]) W chirurgji dobry wynik sam przez się niczego jeszcze nie dowodzi.

[6]) Możność wykonania pewnych zabiegów bez wielkiego niebezpieczeństwa dla chorego nie upoważnia nas jeszcze do ich stosowania.

„Plus la chirurgie devient entreprenante plus elle doit calculer toutes les conséquences de son intervention; en d'autres termes — plus elle devient puissante, plus elle doit devenir morale“[7]).

Na zakończenie — wspaniałe zdanie, które należałoby wyryć na odrzwiach przybytków nauki, wypowiedziane przez genjalnego „kolegę“ XVI wieku z Montpellier — *Franciszka Rabelais*:

„La science sans conscience est la ruine de l'âme“[8]).

Tak pięknej myśli nie wyłoni ze siebie umysł germański!

[7]) Im więcej staje się chirurgja przedsiebiorczą, tem dokładniej winna obliczać następstwa swych zabiegów; mówiąc inaczej — im potężniejszą się staje ona, tem musi być moralniejszą.

[8]) Wiedza bez sumienia jest zagładą ducha.

Zapalenie ucha środkowego u dzieci.

Ciąg dalszy.

Objawy, postacie kliniczne i powikłania.

Niemam zamiaru dać tu zupełny i wyczerpujący opis objawów; czytelnik znajdzie to wszystko w dziełach klasycznych, a co się tyczy zapalenia utajonego, to i w referacie Towarzystwa Laryngologów Francuskich. Chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę na te postacie kliniczne, które powinny być dobrze znane każdemu lekarzowi — praktykowi, które on musi umieć rozpoznać, bądź wprost, bądź drogą wyłączenia.

Rozróżnić trzeba najpierw zwykłe zapalenie ucha ostre, często występujące u dzieci trzyletnich i starszych i zapalenie ucha utajone, które nawiedza przedewszystkiem niemowlęta i dzieci do trzeciego roku życia. Zapalenie utajone posiada postacie kliniczne, jak sądzę, dość odrębne, aczkolwiek pomiędzy niektóremi z nich istnieją postacie przejściowe.

Zapalenie ucha ostre zwykłe, Klasyczna ta postać jest znana oddawna. Zatrzymamy się na niej krócej, aniżeli na zapaleniu utajonem, które i pod względem rozpoznawczym jest trudniejsze i dla kliniki przedstawia znaczenie pierwszorzędne. Zapalenie ucha ostre zwykle zjawia się albo w przebiegu chorób ogólnych, albo stoi w związku z miejscowemi zakażeniami. Zdarza się ono rzadko u niemowlęcia, natomiast staje się częstem zjawiskiem w wieku od 3 lat wzwyż; im dziecko jest starsze, tem więcej mamy szans do spotkania zapalenia ostrego, a nie utajonego.

Klasyczny początek jest wybitnie ostry, i ujawnia się wyraźnymi objawami podmiotowymi: bólami

z towarzyszącym im krzykiem, płaczem, a niekiedy i drgawkami. Dziecko trzyma rączkę przy chorem uchu i, jeżeli już umie mówić, skarży się na ból w uchu. Niekiedy bywają mdłości i wymioty. Jako objawy podmiotowe wyliczyć należy: zaczerwienienie twarzy i ucha po stronie chorej; ból rozlany przy obmacywaniu w okolicy ucha; aby uczynić ten objaw wyraźniejszym należy odwrócić uwagę dziecka. Ciepłota podnosi się raptownie i podczas badania stwierdzamy ostre zmiany zapalne nosa i gardzieli, a ze strony ucha zaczerwienienie bębenka, nie zajmujące go jednak całkowicie. Stożek świetlny, widoczny w początku choroby, wkrótce znika. Stwierdzamy wypuklenie bębenka, zwłaszcza jego części tylnej i górnej.

W okresie rozwoju zupełnego choroby objawy stają się więcej zaakcentowane; niekiedy jednak sprawa pod wpływem leczenia cofa się i zmniejsza się, nie osiągając tego stanu. W tym okresie spospostrzegamy większe nasilenie objawów czynnościowych. Ciepłota wykazuje często duże wahania. Co do objawów przedmiotowych, to obmacywanie wykazuje bolesność wyrostka sutkowego, bądź na wysokości wejścia do jamy, bądź też na poziomie wierzchołka. Dziecko okazuje ból krzykiem, a często wprost wykrzywieniem twarzy po stronie chorej. Ciepłota może osiągnąć 40°, a nawet 41°. Tor ciepłoty wykazuje naogół duże wahania, niekiedy opada ona, to znowu się podnosi. Należy wtedy podejrzewać, że drugie ucho zostało zajęte, albowiem u małych dzieci zapalenie ucha, tak ostre, jak i utajone, bywa bardzo często obustronne.

Badaniem ucha stwierdzamy zaczerwienienie całej okolicy przewodu, a badanie bębenka wykazuje wypuklenie i wybitne zaczerwienienie całego bębenka; refleks i rękojeść młotka są niewidoczne. W tym stanie zwykle bywa stosowane przecięcie. Jeżeli ono nie zostało wykonane, to występuje samoistne przedziurawienie, które daje ujście płynowi surowiczokrwawemu, później zaś ropie. Niekiedy mogą powstać powikłania. Czasami do ropienia nie dochodzi i sprawa szybko ustępuje. Ogólnie rzecz biorąc, wyleczenie jest szybsze, jeżeli zostało wykonane przecięcie, aniżeli gdy wystąpiło przedziurawienie samoistne, gdyż to ostatnie powstaje zazwyczaj późno i posiada rozmiary nie zawsze wystarczające.

W postaci ostrej, jak i postaci utajonej, możemy rozróżnić zakażenie grypowe i zakażenie pneumokokkowe, lecz zatrzymamy się na tem poniżej, gdy będziemy omawiać utajone zapalenie ucha u niemowląt.

Zazwyczaj w przypadkach wcześnie rozpoznanych i prawidłowo leczonych wyzdrowienie następuje szybko. Jednakże mogą zajść powikłania, jak naprzykład ropienie przewlekłe, szerzenie się zakażenia na wyrostek sutkowy, na żyły i błony mózgowe. Omówimy te powikłania poniżej, albowiem są one wspólne i dla zapalenia utajonego.

Zapalenie ucha utajone.

Postać ta, od niedawna dopiero szczegółowiej zbadana, posiada pierwszorzędne znaczenie kliniczne, zwłaszcza u małych dzieci, a jeszcze więcej u noworodków. Rokowanie w tej postaci, zwłaszcza o ile nie była ona rozpoznaną należycie, jest szczególnie niepomyślne, skąd wypływa konieczność bardzo dokładnego omówienia tej jednostki chorobowej.

Ze stanowiska klinicznego wychodząc, zatrzymamy się najpierw na postaci grypowej, następnie na postaci pneumokokkowej i wreszcie szpitalnej.

Pomiędzy postacią grypową i pneumokokkową istnieją formy pośrednie, przejściowe, ale naogół te dwie postacie są wyraźnie odrębne. Nie jesteśmy wszakże w stanie określić zupełnie ściśle postaci grypowej, ani ze stanowiska klinicznego, ani bakterjologicznego; podłoże grypowe stanowi tylko rozpoznanie kliniczne, ale nie w znaczeniu ściśle naukowem. Postać początkowo jakby grypowa może w dalszym przebiegu okazać się pneumokokkową.

W jednej i tej samej rodzinie, jak to często się zdarza przy nagminnem występowaniu zapalenia ucha u całkiem małych dzieci, można spostrzegać niekiedy jednocześnie obydwie postaci; u jednych dzieci zapalenie grypowe bez objawów płucnych, u drugich zapalenie pneumokokkowe z za-

jęciem p uc. Jednakże uważam za wskazane rozróżnienie dwóch tych kategoryj, a to dlatego, że wykazują one, przynajmniej w przypadkach typowych, dobrze uchwytne różnice.

I. Postać grypowa.

Postać tę chcę przedstawić szczególnie dokładnie, dając jednocześnie jakby ogólny zarys zapalenia ucha utajonego, ostrego i podostrego, natomiast omawiając inne postacie ograniczę się do wskazania przedewszystkiem różnic, zachodzących pomiędzy niemi, a zapaleniem ucha grypowem.

Początek postaci grypowej wiąże się z powstałem przed kilku dniami zakażeniem miejscowem narządów sąsiednich, a mianowicie katarem, zapaleniem migdałków, lub wyrośli gruczołowatych. W pierwszych dniach choroby ciepłota jest nie wysoka, czasami nawet prawidłowa, następnie wzmaga się ona raptownie. Wyraz twarzy zmienia się, chory jest raczej przygnębiony, aniżeli podniecony, jak to zwykle bywa w zapaleniu ucha ostrem, zwykłem. Badanie ucha wykazuje zmiany, które omówimy poniżej, gdy będziemy opisywać wygląd bębenka w pełni choroby.

W pełni rozwoju choroby stwierdzamy: A. objawy ogólne; B. objawy fizykalne.

A. Do objawów ogólnych należą: zaburzenia przewodu pokarmowego, biegunki, wychudzenie, jeśli choroba się przewleka, mdłości, niekiedy wymioty; następnie drgawki i zaburzenia nerwowe; są one przeważnie umiejscowione, zwłaszcza częste są umiejscowienia oczne. Ciepłota odznacza się nieprawidłowością, i wykazuje duże wahania, rzadziej spostrzega się tor odwrotny. Należy zauważyć, że w zapaleniu utajonem, jak i w zapaleniu ostrem, następuje spadek ciepłoty po przecięciu, lecz często w dwa lub trzy dni później ciepłota znowu się podnosi. Jest to zwykle oznaką zajęcia i drugiego ucha, albowiem zapalenie utajone ucha u całkiem małych dzieci odznacza się skłonnością do zmian obustronnych, lecz najczęściej z przerwą 48 godzinną pomiędzy występowaniem tych zmian.

B. Wśród objawów fizykalnych rozróżniamy objawy uszne i objawy nie związane z uchem. Z tych ostatnich przytoczyć należy: nagłą zmianę zabarwienia twarzy (*Hallé*); miejscowe wzmożenie ciepłoty w okolicy chorego ucha i wyrostka sutkowego; bolesność okolicy ku tyłowi od kąta żuchwy skutkiem zajęcia gruczołów, aczkolwiek zakażenie dociera tu właściwie z nosa i gardzieli. Zazwyczaj badanie somatyczne daje wynik ujemny; niektórzy jednak widywali powiększenie wątroby i śledziony.

Co do objawów innych, to wskazać trzeba, że stwierdzenie osłabienia słuchu jest u całkiem małych dzieci rzeczą nader trudną. To samo należy powiedzieć o próbach badania słuchu zapomocą stroika, co usiłował *Vessele*; mogą one dać wyniki jedynie u dzieci starszych.

Objawy uszne fizykalne polegają przedewszystkiem na stwierdzeniu bolesności ucha i na badaniu bębenka. Mamy do czynienia z zapaleniem utajonem, a więc i bolesność jest utajona; istnieje ona, lecz jest w mniejszym lub większym stopniu złagodzona. Należy wszakże umieć ją stwierdzić. Bolesność jest szczególnie ukryta u niemowlęcia. Przejawia się ona krzykiem samorzutnym, kręceniem głowy po poduszce, bezwiednym ruchem żuchwy i zgrzytaniem zębów; wreszcie możnością wywołania bólu uciskiem na skrawek (*Vacher*), lecz ten ostatni objaw jest raczej cechą charakterystyczną czyraka, niż zapalenia ucha środkowego. Bolesność przy ucisku na wyrostek sutkowy nie zawsze daje się stwierdzić. Napady bólów występują zwłaszcza, gdy dziecko leży na określonym boku. Objaw ten posiada pewne znaczenie tylko w jednostronnem zapaleniu. Przy ssaniu dziecko krzyczy, ssanie staje się bolesne. Przytoczyć tu należy objaw ssania przeciwległego: noworodek nie chce brać piersi po stronie odpowiadającej umiejscowieniu sprawy usznej, a bierze pierś tylko wtedy, gdy może oprzeć główkę o ramię, albo klatkę piersiową matki. Dla mnie, jak i dla większości autorów, głównym objawem jest objaw ręki, polegający na tem, że dziecko odruchowo zbliża często rączkę do chorego ucha, jeżeli zapalenie jest jednostronne, w obustronnem zbliża ono rączkę do ucha więcej chorego.

Ja osobiście, jak zresztą i inni, przy-

wiązuję szczególną wagę do tego objawu, aczkolwiek dość niestałego.

Wszystkie te objawy pochodzenia bólowego w zapaleniu ucha utajonem występują szczególnie wyraźnie w zapaleniu jednostronnem, natomiast w zapaleniu obustronnem, postaci tak częstej, że stanowiącej nieomal prawidło, objawy te są o wiele mniej zaznaczone. Podnieść jednak należy, że rzadko się zdarza, ażeby sprawa rozwinęła się jednocześnie obustronnie w stopniu jednakowym. Zazwyczaj najsamprzód jedno ucho zostaje dotknięte i dopiero kilka dni później, a najczęściej po 48 godzinach, i drugie staje się siedliskiem zmian chorobowych; gdy w jednem więc uchu choroba jest w okresie początkowym, w drugiem znajduje się ona w pełni rozwoju.

Jedynie badanie bębenka może ustalić dokładnie rozpoznanie. Aby wykonać wziernikowanie, trzeba dziecko odpowiednio unieruchomić i oczyścić przewód słuchowy, celem należytego uwidocznienia bębenka. Jedni polecają w tym celu przepłukiwanie ciepłą wodą, wykonane możliwie łagodnie, aby uniknąć zbytnich zmian w zabarwieniu bębenka; inni do oczyszczenia posługują się naoliwionymi wacikami. Tak czy inaczej po oczyszczeniu bębenka pamiętać zawsze należy o przekrwieniu i zaczerwienieniu, wywołanem bezpośrednio rękoczynami naszemi w przewodzie słuchowym. Podczas wziernikowania wystrzegać się należy zbyt głębokiego wprowadzania wziernika, ażeby uniknąć uszkodzenia górnej części błony bębenkowej. Co się tyczy warunków wziernikowania u całkiem małych dzieci, to przypomnę, że w pierwszych dniach życia uwidocznienie całkowite bębenka jest rzeczą trudną. Ogólnie rzecz biorąc u małych dzieci zabarwienie bębenka jest mniej błyszczące niż u dorosłego, punkty stałe anatomiczne są gorzej widoczne, stożek świetlny mniej wyraźny, właściwie jest to więcej pas niż stożek. Zgodnie z poglądem większości otjatrów, obecność lub nieobecność refleksu posiada pierwszorzędne znaczenie patognomoniczne.

Wyrostek zewnętrzny jest przeważnie dobrze widoczny; błona wiotka (Shrapnella) u noworodka stanowi jedną trzecią część bębenka, a nie jedną piątą, jak u dorosłego. Odcinek górny bębenka u dziecka jest już prawidłowo zlekka zaróżowiony i błona bębenkowa ulega przekrwieniu w większym lub mniejszym stopniu podczas krzyku i po oczyszczeniu przewodu słuchowego.

Jak wygląda bębenek u małych dzieci w zapaleniu utajonem?

Zabarwienie jego ulega dość znacznym wahaniom i wahania te są bardzo żywo omawiane przez otjatrów, jak o tem świadczą nader liczne odpowiedzi, zgromadzone w referacie 1925 r. *Le Mée* i jego uczeń *Vesselle* w swej rozprawie przytaczają bardzo ładne tablice barwne, oparte na systematycznych codziennych badaniach pewnej liczby noworodków w szpitalu dziecięcym. Autorowie ci byli dzięki temu w stanie zbadać wszystkie następujące po sobie okresy chorobowe:

1-szy okres. Zabarwienie różowe bębenka wzmaga się. Stożek świetlny jest obecny. Zjawia się wypuklenie górnej części bębenka w postaci półksiężyca. Nie jest to jednak jeszcze prawdziwe zapalenie ucha; są to zmiany odczynowe, wywołane zapaleniem nosa i gardzieli, co autorowie powyżsi nazywają „*l'angine retro-nasale*". W jamie bębenkowej niema jeszcze płynu (Rys. A.)[1])

2-gi okres. Zaczerwienienie nasila się, tak pod względem nasycenia, jak i rozległości. Refleks znika. Odcinek górny wypukla się w postaci przecinka. Obraz taki spostrzegamy bardzo często; odpowiada on zapaleniu ucha środkowego (rys. B.)

3-ci okres. Zaczerwienienie jest jeszcze więcej zaznaczone i rozległe. Wypuklenie występuje wyraźniej i przybiera wygląd nerkowaty, zajmując górny, tylny i dolny odcinki (rys C. i D.)

4-ty okres. Cały bębenek wypukla się, wykazując jedynie w swym środku lekkie zagłębienie. Zabarwienie bębenka ma odcień jednolicie żółtawy, lub szarawy, zawsze matowy i niebłyszczący. Bębenek taki obrzmiały i nacieczony ulega przedziurawieniu najczęściej w swej części tylnej i górnej (rys. E).

[1]) Rysunki będą umieszczone w następnym numerze. *Red.*

Zgodnie z wynikami drobiazgowych badań wyżej wymienionych autorów bywają spostrzegane w zapaleniu utajonem ucha i inne stany bębenka, bardzo charakterystyczne, aczkolwiek mniej częste. Przytoczę tu mianowicie stan „szronowy" błony bębenkowej, następnie stan, gdy błona wykazuje zabarwienie liljowe, z niewidocznym stożkiem świetlnym, wreszcie stany o bębenku matowym i pozbawionym połysku. (*Leroux Robert*), lub mającym wygląd porcelany (*Biehl i Frey*). Ładne barwne tablice, ilustrujące pracę, uwidoczniają wyżej wymienione stany.

Jak i autorowie referatu, przywiązuję osobiście wielką wagę do zmian w zabarwieniu, a szczególnie do pozbawionego połysku, matowego wyglądu błony bębenkowej, do znikania refleksu, do obecności wypuklenia częściowego, lub całkowitego. Jednakże, wobec zmienności tych stanów i trudności ich stwierdzenia, zwłaszcza u całkiem małego dziecka, zdarzają się przypadki, gdzie należy uzupełnić rozpoznanie za pomocą innych metod badania; zwłaszcza jeżeli stan ogólny lub miejscowy jest ciężki i wtedy uprawnieni jesteśmy do wykonania przecięcia próbnego.

W podobnych przypadkach *Renaud, Rendu, Leroux* stosują tylko próbne nakłucia za pomocą igły. Jak widać z referendum 1925 roku, większość otjatrów (95%) uważają, że przecięcie bębenka jest zabiegiem lepszym, niż przekłucie, gdyż jest jednocześnie postępowaniem leczniczem.

Co może nastąpić po przecięciu? Mogą tu zajść trzy możliwości.

a) igła przebija twardą, pergaminową błonę bębenkową. Niema w tym przypadku zapalenia, lub zapalenie znajduje się w okresie początkowym i nie objęło jeszcze całkowicie ucha środkowego. Dużo błon bębenkowych zostało w ten sposób „ukrzyżowane", jak się wyraża *Aboulker*. Gdy stan ogólny, lub miejscowy był rzeczywiście ciężki, niema czego żałować. Nacięcie, wykonane aseptycznie, goi się bardzo szybko.

b) Igła przebija błonę miękką, wypływa krew i płyn surowiczokrwawy. Świadczy to o obecności zapalenia ucha.

c) Po nacięciu wypływa ropa. Mamy wtedy do czynienia z ropnem zapaleniem ucha, które występuje niekiedy nawet w końcu pierwszej doby, licząc od przypuszczalnego początku choroby, częściej jednak dopiero po paru dniach trwania choroby. Obecność ropy stanowi czasami prawdziwą niespodziankę dla otjatra.

Postać grypowa u małych dzieci rzadko umiejscawia się jednostronie, najczęściej i drugie ucho ulega schorzeniu; zdarza się to w kilka dni później, a przeważnie w końcu drugiej doby. Ciepłota wzmaga się dziecko zaczyna grymasić, śpi gorzej, rzuca się, badanie wykazuje zajęcie i drugiego ucha. Niekiedy zapalenie ucha grypowe, cofa się i wchłania całkowicie, zwłaszcza gdy było ono odrazu rozpoznane i natychmiast leczone. W innych przypadkach dochodzi do przedziurawienia jedno lub obustronnego i wycieku płynu krwistosurowiczego, lub ropnego. Gdy przedziurawienie wystąpiło samoistnie, gojenie odbywa się powolniej, bardzo często otwór jest zbyt wąski i wymaga powiększenia. W przypadkach rozpoznanych przecięcie prowadzi zazwyczaj prędzej do wyzdrowienia. W przypadkach zajęcia obustronnego wygojenie występuje przeważnie dwuczasowo, gdyż rzadziej się zdarza, aby zmiany obustronne były na tyle jednakowe, żeby można było równocześnie przeciąć bębenki po obu stronach na jednem posiedzeniu.

2. Postać pneumokokkowa.

Ogólnie wiadomo, że ucho jest miejscem ulubionem usadowiania się pneumokokków, podobnie jak i drobnoustrojów analogicznych n. p. enterokokków. Większośc pedjatrów zgodnie zaświadcza, że zapalenie ucha jest bardzo częstem umiejscowieniem w zakażeniach pneumokokkowych.

W zapaleniu ucha utajonem pneumokokkowem główne objawy są te same co i w zapaleniu grypowem. Oprócz tego

zdarzają się, jak już wspomnieliśmy, postacie przejściowe, niekiedy nawet w jednej i tej samej epidemji rodzinnej, jak to stwierdziliśmy wspólnie z d-rem *Pallard'em*. Dodam jeszcze, że spostrzegamy również zapalenie ucha utajone w przebiegu przewlekłych, długotrwałych zakażeń pneumokokkowych, okoliczność szczególnie podkreślana przez *Gardere'a* w jego pracy w 1923 r. o długotrwałych zakażeniach pneumokokkowych u niemowląt (17). Jednakie postacie te wykazują dość duże różnice, w porównaniu z postacią grypową.

Początek choroby w postaci pneumokokkowej może być związany, podobnie jak w postaci grypowej, z zakażeniem nosa, nosogardzieli lub krtani, ale najczęściej początek jest zupełnie nagły, z wysoką ciepłotą. W ciągu dwuch, trzech dni ciepłota podnosi się do 39°, czasami do 40° i raz nawet spostrzegałem u dziecka, z postacią raczej ostrą niż utajoną zapalenia ucha, ciepłotę wynoszącą 41,4°. Wielokrotnie spostrzegałem obustronne, jednoczesne zajęcie obu uszów, lecz częściej pomiędzy rozpoczęciem sprawy w jednem i drugiem uchu występuje dwudniowa przerwa.

W okresie rozwoju choroby ciepłota nie wykazuje najczęściej większych wahań; krzywa jej przebiega w postaci prawie poziomej linji, o niewielkich załamaniach. Ciepłota utrzymuje się przeważnie około 39°, a szczególnie często pomiędzy 39° i 40°. Po przecięciu chorego bębenka ciepłota opada, lecz ponownie wznosi się po dwuch lub trzech dniach, aczkolwiek drugie ucho nie jest zajęte i nie może być przyczyną podwyższenia ciepłoty. Dziecko ma trochę suchego kaszlu, wysłuchowo jednak w tym okresie nic się nie stwierdza. Ognisko zapalenia płuc odznacza się bardzo małemi rozmiarami, jest ono zwykle usadowione w okolicy pachowej i może być stwierdzone za pomocą prześwietlania promieniami Röntgen'a. Często jest to postać centralnego zapalenia płuc „rentgenoskopijnego", szczególnie dokładnie zbadanego przez szkołę lugduńską, a mianowicie przez *Weill'a*, *Mouriquand'a* i *Gardère'a*. Na ekranie zmiana przedstawia się w postaci trójkątnego cienia. U takich chorych zwykle zapalenie ucha poprzedza zapalenie płuc; jednakże niekiedy bywa odwrotnie i zapalenie ucha następuje po zapaleniu płuc. Spostrzegałem wielokrotnie cały szereg nieznacznych zaostrzeń płucnych naprzemian z lekkimi obostrzeniami usznemi.

W okresie wygasania choroby spostrzegamy często nagły spadek ciepłoty, jednocześnie z zakończeniem sprawy płucnej. Zapalenie ucha pneumokokkowe, jeżeli jest dobrze leczone, trwa niedługo i goi się dobrze. Jednakże wśród ostrych zapaleń pneumokokkowych spostrzegamy również postacie o więcej przewlekłym przebiegu i skłonnością do nawrotów. Niekiedy zapalenie pneumokokkowe ucha wikłać się może zapaleniem wyrostka sutkowego, bądź wyraźnie ujawniającem się, bądź też utajonem. Postać utajona może nasuwać podejrzenie o istnieniu ogniska płucnego. W tych przypadkach prześwietlenie oddaje jaknajwiększe usługi, albowiem, gdy zapomocą niego stwierdzimy obecność zmian w płucu, to mniej prawdopodobne będzie istnienie sprawy wyrostkowej. Jeżeli odwrotnie, prześwietlenie nie wykaże ogniska płucnego, należy myśleć o obecności ukrytego zapalenia wyrostka i o natychmiastowych konsekwencjach chirurgicznych, stąd wypływających. Zapalenie pneumokokkowe ucha może powodować zapalenie opon mózgowych, zwłaszcza o ile było wywołane odmianą śluzową dwoinki (*pneumococcus mucosus*) któremu przypisują szczególnie ciężkie postaci choroby. Wrócimy jeszcze później do wszystkich tych powikłań.

3. Postać szpitalna.

Zapalenia ucha utajone grypowe i pneumokokkowe są schorzeniami przeważnie sezonowemi, występującemi zazwyczaj w okresie grypy, czyli w zimie i na wiosnę. Spostrzegamy je jednakowo często w praktyce prywatnej, jak i w szpitalu, podczas gdy postać szpitalna występuje przedewszystkiem w szpitalach i nie jest w tym samym stopniu schorzeniem sezonowem, co tamte postaci. Postać ta była przedmiotem badań an

tomopatologicznych *Parrot'a*, a zwłaszcza *Renaud'a*, który wykazał, jak nadzwyczaj często bywa ona przyczyną właściwą zejścia śmiertelnego i jak często przebiega ona w postaci zapalenia kości i szpiku. *Renaud* w rozprawach w referacie 1925 r. podał, że dzieci odżywiane piersią zapadają rzadziej niż inne.

Schorzenie to napotykamy u małych dzieci dotkniętych ostremi chorobami zakaźnemi, ostremi wysypkami, zwłaszcza szkarlatyną, szczególnie często w środowiskach szpitalnych o złej, lub żadnej izolacji. Pozatem występuje ono u dzieci ze schorzeniami przewodu pokarmowego, lub z zaburzeniami odżywiania, należącemi do kategorji wyniszczeń. Referendum wśród pedjatrów w 1925 roku pozwala stwierdzić, że przytłaczająca większość autorów nie uznaje związku przyczynowego pomiędzy zapaleniem utajonem ucha, a wyniszczeniem właściwem, natomiast stwierdza bardzo ścisły związek między zapaleniem utajonem i zaburzeniami ogólnemi, a zwłaszcza zaburzeniami przewodu pokarmowego. Podnieść należy częstość obustronnego występowania zmian usznych w postaci szpitalnej.

Jakie są objawy główne w tej postaci?

1. Zaburzenia trawienne: biegunki, wymioty, straty na wadze bez określonego powodu.

2. Mniejsza, lub większa gorączka, niekiedy o okresowych nasileniach; czasami bywa nierozpoznana.

3. Objawy odczynowe ze strony opon mózgowych i mózgowia, a mianowicie drgawki.

4. Objawy miejscowe nie odznaczają się wyrazistością; pomijając dane wziernikowania, które winno być wykonywane systematycznie we wszystkich wątpliwych przypadkach w oddziałach dziecięcych.

Ono jedynie ustala rozpoznanie i umożliwia wykonanie wczesnego przecięcia, a w ten sposób pomaga uratować życie przynajmniej niektórym naszym małym chorym.

Dodajmy jeszcze, że w razie obustronnego zajęcia błędnika, należy się obawiać w razie wyzdrowienia następstw późniejszych, a zwłaszcza głuchoniemoty, która może powstać na tle obustronnych zmian błędnikowych u niemowlęcia.

Rokowanie co do życia w postaci szpitalnej odznacza się dość dużą ciężkością; zejście śmiertelne bywa często spostrzegane, zwłaszcza jeżeli zapalenie ucha nie zostało rozpoznane wcześnie. Niekiedy spostrzegamy mniej lub więcej rozległe zapalenia wyrostka sutkowego, a często nawet i zapalenia kości i szpiku.

(c. d. n.

dz.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Krew a wydzielanie wewnętrzne. G. H. Roger. *Presse Médicale Nr. 94. r. 1927.*

Nowożytna fizjologja poucza, że każdy narząd posiada zdolność spełniania rozmaitych czynności, a zdolność ta zapewniona jest przez współpracę licznych innych narządów. Np. wątroba oprócz tworzenia i wydzielania żółci (co jest może najmniej ważną z jej czynności) posiada zdolność zatrzymywania, względnie daleko idącego przetwarzania najrozmaitszych ciał, dowożonych drogą krwi przez żyłę bramną. Między innymi zatrzymuje cukier, przetwarzając go na glykogen. Ale ta zdolność glykogenotwórcza wątroby zależy też i od innych gruczołów, jak np. od trzustki, od nadnerczy i od tarczycy; przeciwnie zaś wątroba wpływa na czynność np. nerek lub mięśni. Sprawność współpracy rozmaitych narządów zapewniają dwa współrzędne układy: układ humoralny, czyli chemiczny i układ nerwowy, czyli dynamiczny. Podkreślić jednak należy, że i między tymi dwoma układami istnieją liczne wzajemne więzy.

Układ humoralny, czyli krew i chłonka, ma na celu pośredniczenie między tkankami ustroju; szczególnie zaś krew, która otrzymuje stale najrozmaitsze substancje z zewnątrz, podlegałaby daleko idącym i niebezpiecznym dla życia ustroju zmianom, gdyby nie istnienie całego szeregu narządów, których celem, między innymi, jest utrzymanie stałości składu chemicznego krwi. Np. wątroba zatrzymuje i przetwarza wodany węgla i białka, płuca zaś przetwarzają ciała tłuszczowe; inne narządy wydzielają z krwi ciała zbyteczne lub też znajdujące się w nadmiarze. Oprócz substancji pochodzących z zewnątrz, krew otrzymuje nadto ciała będące produktem poszczególnych narządów. *Gley* podaje następujący podział ciał dowożonych do krwi 1. ciała tworzące osocze krwi, 2. ciała służące do odżywiania komórek i jako materjał dla wyzwalania energji, 3. ciała zapewniające i regulujące przemianę, 4. ciała kierujące rozwojem i odnową komórek, 5. ciała pobudzające czynność niektórych gruczołów (hormony), 6. produkty mające wpływ na czynność fizjologiczną, 7. ciała o właściwościach hamujących, 8. ciała toksyczne i 9. przeciwciała i antytoksyny.

Specyficzność białek osocza krwi znana jest ogólnie, podkreślić należy, że i gatunki, względnie mieszaniny tłuszczów zwierzęcych są również różne u poszczególnych rodzajów, np. u świni lub psa. Wodany węgla, jak to ostatnio wykazano, znajdują się we krwi pod różną postacią; a z trzech gatunków glykoz, tylko glykoza γ o charakterze niestałym może być zużytkowana przez ustrój zwierzęcy. Wpływ niedomogi lub nadczynności gruczołów wkrewnych również jest ogólnie znany, mniej znane natomiast są ciała hamujące, do których należy wydzielina tylnej części przysadki mózgowej lub też autolyzaty tkanki wątrobowej, które hamują w sposób wybitny wydzielanie moczu u królików. Znane też są właściwości toksyn i antytoksyn.

Jedną z metod badań fizjologicznych jest sporządzenie wyciągów z rozmaitych narządów i doświadczenia nad wpływem tych wyciągów na ustrój. Tą drogą do dziś dnia otrzymujemy liczne przetwory stosowane w medycynie (wyciągi z nadnerczy, tarczycy, przysadki mózgowej i t. d.). Autor drogą hydrolizy zapomocą barytu tkanki wątrobowej otrzymał wyciągi, których działanie na ustrój było nie tylko różne, lecz wprost sobie przeciwne. Jedne drażniły układ współczulny i wywoływały zwężenie naczyń, inne obniżały parcie krwi i zwalniały akcję serca, jeszcze inne wzmagały parcie krwi i porażały układ nerwu błędnego.

Roger i Binet wykazali znikanie tłuszczu wewnątrz naczyń krwionośnych płuc pod wpływem zaczynu lipodieretycznego. Przypuszczać należy, że ta przemiana, wykazana poraz pierwszy wewnątrz naczyń, nie jest wyjątkiem, lecz częścią jakiegoś ogólniejszego prawa przyrody.

Z badań fizjologicznych ostatniej doby podkreślić należy, że ucisk na mózg wywołuje podwyższenie parcia krwi nie tyle bezpośrednio drogą nerwową, lecz przez pośrednictwo wzmożonego tworzenia się adrenaliny. *Tournade i Chabrol* wykazali, że spadek parcia krwi, bez względu na przyczynę wywołującą go (np. skrwawienie), wzmaga wydzielanie adrenaliny. Nie mniej jest ciekawe doświadczenie *Loewi'go*, do dziś dnia nie całkowicie jeszcze uznane, zapomocą którego autor wykazywał, że płyn Ringer'a, wypływający z serca żaby wolno bijącego na skutek drażnienia nerwu błędnego, wprowadzony do serca innej żaby, zwalniał również rytm jego akcji.

Wyniki późniejsze przy stosowaniu odmy sztucznej. A. Pissavy. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1927.*

Wyniki odmy sztucznej przedstawiają tem wiekszą wartość im dłuższy czas upływa od jej zastosowania. Na 89-u chorych, u których odmę sztuczną założono co najmniej przed trzema laty, zmarło 42, co daje śmiertelność 48%. Na 36-ciu chorych, u których odmę założono przed czterema laty, zmarło 20-tu, co odpowiada 56% śmiertelności. Powstaje zagadnienie co stałoby się z tymi chorymi, gdyby ich nie leczono zapomocą powyższej metody?

Odmę sztuczną, prawie wyłącznie, stosuje się u chorych z gruźlicą jednostronną; otóż *U. Guinard* podaje, że u takich chorych, nie leczonych zapomocą odmy, śmiertelność po upływie czterech lat wynosi 72%; jest zatem wyższą od śmiertelności przy leczeniu zapomocą odmy sztucznej. Zaznaczyć należy, że statystyka np. *Riol'a* podaje jeszcze lepsze wyniki leczenia zapomocą odmy sztucznej, autor

ten bowiem miał po czterech latach tylko 48°/₀ śmiertelności.

Aby należycie ocenić wyniki leczenia metodą *Forlanini'ego* należy rozpatrzyć zosobna los tych, u których odmę założono z powodu gruźlicy szybko postępującej, od losu tych chorych, u których gruźlica przebiegała pod postacią łagodną. Otóż w grupie pierwszej śmiertelność po czterech latach wynosiła 84°/₀, podczaś gdy w grupie drugiej nie przekraczała 28°/₀. Ponieważ nie zaws e przewidzieć można dalszy przebieg schorzenia, należy przeto, według autora, stosować odmę sztuczną w przypadkach gruźlicy jednostronnej możliwie rychło. Tegoż samego zdania jest też i *Léon-Kindberg*. W przypadkach tych lekarz znajduje się, według autora, w sytuacji chirurga stojącego przed decyzją operowania wyrostka robaczkowego.

Autor podkreśla spostrzeżenia *J. Pissavy'ego Stiassnie'go* dotyczące powstawania wysięku opłucnowego przy odmie sztucznej. Według tych autorów częstość występowania tego powikłania spada z 50 do 60°/₀ na 30 do 35°/₀ z chwilą gdy wpuszczanie gazu do jamy opłucnej odbywa się wolno. Nadto w przypadkach gdy igła nie dostaje się odrazu do jamy opłucnej, przy powtórnych dopełnieniach gazu autor poleca nakłuwanie zapomocą trójgrańca w znieczuleniu miejscowem, a więc w sposób, jaki stosuje przy pierwszem zakładaniu odmy.

W dyskusji *Rist* popiera zdanie *Pissavy'ego*, by odmę zakładać możliwie wcześnie, dodaje nadto, że na 189 chorych, u których odmę sztuczną założono przed 7-miu względnie 8-miu laty, zmarło 38°/₀. Podaje nadto, że poprawa kliniczna cechująca się ustąpieniem zaburzeń czynnościowych i ogólnych, zniknięciem prątków z plwociny oraz możnością podjęcia pracy wykazuje odsetek stale zmniejszający się w przeciągu pierwszych trzech do czterech lat. I tak odsetek poprawy u mężczyzn w przeciągu pierwszego roku wynosił 88°/₀, w przeciągu pierwszych dwuch lat 64°/₀, po trzech latach 60°/₀, po czterech latach 50°/₀, po pięciu latach 47°/₀; na tym poziomie odsetek poprawy utrzymuje się w ciągu lat następnych. U kobiet odsetek poprawy po pierwszym roku wynosił 66°/₀ i spadł podczas następnych pięciu lat do 30°/₀, na której to wysokości stale potem się utrzymywał. W tym samym okresie czasu *Rist* uważał za wskazane założenie odmy u 60-ciu chorych; z powodu jednak bądź-to ich odmowy, bądź też z powodu zrostów opłucnowych odmy nie założono, w tej grupie chorych śmiertelność wynosiła 90°/₀. Pozostali są nadal chorzy. Wreszcie autor podkreśla znacznie cięższy przebieg gruźlicy u kobiet.

Nieznane grzybice. G. Durante. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1927.*

Autor podaje, że poza znanemi grzybicami skóry i narządów wewnętrznych, jak promienica, oidium, aspergillosa i t. d., istnieją jeszcze inne grzybice, o których dotychczas wspominano tylko, jako o curiosum. Autor podaje przypadek sekcji kobiety zmarłej z powodu rzucawki, u której stwierdzono w nerce, w sąsiedztwie naczyń długie włókna grzybni bez odczynu ze strony tkanki. W przypadku drugim stwierdzono podobne mycelium w wyrostku robaczkowym, wyciętym przy zabiegu chirurgicznym. W przypadku trzecim, dotyczącym kobiety, która zmarła wśród objawów śpiączki w niedługi czas po porodzie, stwierdzono liczne grzybnie w naczyniach krwionośnych macicy i włoskowatych naczyniach płuc. Grzybnie te znajdowały się między ciałkami czerwonemi krwi i wywoływały zakrzepy. W przypadku czwartym autor stwierdził grzybicę, wywołującą swoisty odczyn zapalny miejscowy, która przez dłuższy czas była rozpoznawana jako mięsak. W przypadku piątym autor stwierdził również grzybicę w przypadku, wykazującym uderzające podobieństwo do kostniomięsaka. Na podstawie tych spostrzeżeń *Durante* dochodzi do wniosku, że niektóre grzybice mogą przebiegać pod następującemi postaciami klinicznemi: 1) postać ukryta, w której grzybica nie wywołuje żadnych objawów klinicznych; 2) postać posocznicowa, w której mycelium krąży we krwi i wywołuje objawy gorączkowe raczej przez swą obecność, aniżeli jadowitość; 3) postać umiejscowiona, w której grzybica przebiega jako ropienie; 4) postać rzekomo nowotworowa, jak w przypadku czwartym i piątym. W tej postaci dochodzić może nawet do „przerzutów".

W żadnym z powyższych przypadków nie można było hodować grzybków, ani też stwierdzić bliżej ich natury. Nie należy jednak wątpić, że poszczególnym postaciom klinicznym grzybic odpowiadają odrębne rodzaje grzybków. Według autora schorzenie grzybicze jest znacznie częstsze, aniżeli się to na pozór wydaje. Dalsze badania są niezbędne.

Wakcynoterapja per os w durze brzusznym. Alissof i Morozkine. *Soc. de Biol. Nr. 29. t. XCVII. 1927.*

Autorowie, wychodząc z założenia *Besredki*, że uodparniać należy, przedewszystkiem narządy, szczególnie wrażliwe wobec danych drobnoustrojów, stosowali wakcynę *Besredki* pod postacią zawiesiny lub pastylek w 50 przypadkach duru brzusznego. Podawanie wakcyny poprzedzało uczulanie przewodu pokarmowego zapomocą siarczanu sodu w dawce 10 do 18 gr. Początkowo autorowie stosowali wakcynę w ilości 10 miljardów zabitych prątków durowych dziennie podczas 7 do 10 dni, wobec braku jednak jakiegokolwiek wyniku powiększono dawkę dzienną na 60 do 100 miljardów zabitych prątków durowych i dawkę tę powtarzano przez 3 do 4 dni.

Z 50 chorych leczonych w sposób powyższy 23 wykazywało znaczną poprawę, wyrażającą się spadkiem ciepłoty do normy po upływie 7 do 9 dni, ustąpieniem bólów głowy, poprawą krążenia, zmniejszeniem się śledziony, wystąpieniem łaknienia. W 19 przypadkach ciepłota spadła wprawdzie o 1°—1,5°C, powróciła jednak dopiero po upływie 18 dni do stanu prawidłowego, objawy intoksykacji ustępowały zwolna; zdarzały się też i powikłania. W 8 przypadkach żadnej poprawy nie stwierdzono.

Wyniki ogólne były następujące: stan gorączkowy u chorych leczonych wakcynoterapją trwał przeciętnie 16 dni, u leczonych zwykłemi sposobami 30 dni. Śmiertelność w grupie pierwszej wynosiła 4°/₀, w grupie drugiej 15,2°/₀.

Wydatek energji ustroju ludzkiego przy pracy w różnych warunkach doświadczalnych. Praca naczczo i po posiłku. G. Viale. *Soc. de Biol. Nr. 29. t. XCVII. 1927.*

Zagadnienie: wiele energji zużywa ustrój ludzki przy pracy naczczo i po posiłku, gdy praca jest taka sama w obu przypadkach — est bardzo ważne

przy organizacji pracy wogóle i przy racjonalnem wychowaniu fizycznem.

Badania autora dowodzą, że przy wykonywaniu tej samej, ściśle określonej pracy ustrój ludzki zużywa mniej enerji pracując naczczo, aniżeli po posiłku. Praca po posiłku składającym się z białek wymaga więcej energji, aniżeli praca po posiłku węglowodanowym lub tłuszczowym. Z powyższych badań wynika, że białka wywierają wpływ pobudzający przemianę materji podczas pracy.

Wpływ śledziony na hyperglobulję, wywołaną przez oddychanie rozrzedzonem powietrzem. G. Viale i L. Lira. *Soc. de Biol. Nr. 29. t. XCVII. 1927.*

Z badań *Barcrofta*, *Bineta* i innych było wiadomem, że śledziona wywiera wpływ na liczbę czerwonych krwinek. Autorowie wykazują, że hyperglobulja stwierdzona w górach, przy wzlotach balonem itd., a wywołana oddychaniem powietrzem rozrzedzonem nie występuje u zwierząt z wyciętą śledzioną i umieszczonych w komorze z obniżonem parciem.

Równowaga jonowa, fagocytoza i „starzenie się" kolloidów. V. Koulikoff. *Soc. de Biol Nr. 31. T. XCVII. r. 1927.*

Miecznikow. *Besredka*, *Metalnikov* i inni wykazali nietylko wielkie znaczenie fagocytozy wogóle, ale też i możność fagocytozy ciał mineralnych oraz powstanie we wnętrzu fagocytów odczynu kwaśnego lub zasadowego. *Bogomoloff i Medwedewa* (z instytutu Pasteur'a) wykazali, że kwasota we wnętrzu fagocytów osiągnąć może pH = 3—4 mimo znanej roli tamponów, czyli tłumików osocza krwi. Można zatem powiedzieć za *Barykinem*, że ustrój uodporniony broni się przeciwko antygenom, prowadząc wojnę chemiczną z jej konsekwencjami a mianowicie, że wyniki tej wojny prowadzonej przez fagocyty odbijają się też na innych sąsiednich komórkach, w szczególności zaś na ścianach naczyń Jako skutki odczynu kwaśnego mają miejsce hysteresis (starzenie się) ciał białkowych, strącanie lipoidów (cholesteryny) i soli wapniowych (wapnienie naczyń). Miażdżyca naczyń przedstawia zatem pole, na którem fagocyty toczyły walkę przez przeciąg wielu lat. Podobne zmiany starzenia się białek spostrzegamy i w skórze, która styka się ustawicznie z powietrzem zawierającem kwas węglowy.

Szybsza fagocytoza i odczyn kwaśny u zwierząt, uodpornionych przez wprowadzenie toksyny. pozwalają przypuszczać, że pomiędzy uodpornieniem a powyższemi objawami istnieje ścisły związek. W tym bowiem wypadku toksyny zostają strącone i unieczynnione w sferze kwaśnej. Toksyny natomiast, które w sferze kwaśnej nie zostają strącone, nie wywołują też uodpornienia ustroju. Do tych ostatnich należy np. tuberkulina.

Przesączalne postaci streptokokka. P. Hauduroy i P. Lesbre. *Soc. de Biol. Nr 32. T. XCVII. r. 1927.*

Autorowie dokonywali doświadczenia swe ze streptokokkami, z których jedne pochodziły z przypadków płonicy, inne należały do typów hemolitycznych, pozostałe zaś były streptokokkami niehemolitycznymi. Hodowle powyższych streptokokków w wodzie peptonowej po trzech do czterech dni pobytu w cieplarce przesączano przez świece L_3. Przesącz, w powyższy sposób pozbawiony drobnoustrojów, przechowywano w cieplarce przez przeciąg 7 — 8-miu dni. W tym czasie zaczynał się pojawiać w przesączu osad skąpy, który mimo dalszego utrzymania w cieplarce nie powiększał się. Osad ten oglądany pod drobnowidem nie przypominał w niczem hodowli typowego streptokokka, przeniesiony jednak na odpowiednią pożywkę (gélose, lactosée, tournésolèe) i po 7 do 8 pasażach przybierał postać tego streptokokka, który był punktem wyjścia odnośnego badania. Pierwotne właściwości hemolityczne i toksyczne tylko w jednym przypadku wyhodowanym z postaci przesączalnej dały się stwierdzić. Wytrzymałość względem gorąca zwiększona, żywotność również. Według autorów badania te nie przemawiają za udziałem przesączalnych zarazków w płonicy.

Insulinemja wywołana przez wstrzyknięcie wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej. J. La Barre. *Soc. de Biol T. XCVII. Nr. 32. r. 1927.*

Cushing wykazał, że wstrzyknięcie wyciągu przysadki mózgowej zwiększa ilość cukru we krwi; *Burn* stwierdził, iż wyciąg przysadki zmniejsza lub też całkowicie znosi działanie insuliny (t. j. obniżanie cukru we krwi). Autor zarzuca powyższym badaniom niedokładność, gdyż nie uwzględniono w nich w dostatecznej mierze wpływu nadnerczy na zawartość cukru we krwi Doświadczeń swych autor dokonał na psach i stwierdził, że wstrzyknięcie pituitryny (wyciąg z przysadki) psom pozbawionym nadnerczy nie podwyższa zawartości cukru we krwi, jak to twierdzili wymienieni autorowie, lecz przeciwnie wywołuje hypoglikemję. W dalszych badaniach autor dowiódł, że wyciąg z przysadki działa drażniąco na trzustkę, wzmagając wytwarzanie się w niej insuliny. Badania powyższe tłumaczą zarazem w jaki sposób nadczynność przysadki mózgowej wpłynąć może na węglowodanową przemianę ustroju.

O mechanizmie działania metylenowanej pochodnej guanidyny. G. De Bois, J. Defauw i J. Hoet. *Soc. de Biol. T. XCVII Nr. 32, r. 1927.*

Badania autorów wykonane na kotach wykazują, że działanie pochodnej metylenowanej guanidyny, znanej pod nazwą syntaliny, różni się od działania insuliny mimo, że i syntalina posiada zdolnośc obniżania cukru we krwi. O ile jednak insulina wzmaga w mięśniach ilość glikogenu, powstałego z cukru znajdującego się we krwi, o tyle syntalina wywiera działanie wprost przeciwne.

Chudnięcie w przypadku kiły wrodzonej. Mouriquand, Bernheim i Lesbros. *Soc. des Méd. Hôpit. de Lyon 8 XI, 1927.*

Autorowie przedstawiają młodego chłopca o wyjątkowej chudości, u którego nie można było wykazać żadnej przyczyny tego stanu, jak tylko objawy kiły dziedzicznej i dodatni odczyn Wassermana. Leczenie przeciwkiłowe doprowadziło niebawem do dodatniego wyniku, to jest do zwiększenia wagi chor go. Autorowie zaznaczają, że w ostatnich czasach spostrzegali więcej podobnych przypadków.

O wapnieniu tętnic u chorych na cukrzycę. W. Letulle, W. Labbé i J. Heitz. *Arch. des maladies du coeur des vaisseaux et du sang t. XX, Nr. 9. 1927.*

Autorowie badali stan tętnic u chorych na cukrzycę ze stanowiska klinicznego, chemicznego i histologicznego. Wapnienie tętnic u chorych tych występuje znacznie częściej, aniżeli w innych odmianach arteriitis chronica. Zapomocą promieni Roentgena zmiany te dają się stwierdzić bardzo łatwo i w samych początkach schorzenia. Promienie Roentgena dają cienie zwapniałych tętnic wówczas, gdy badanie zapomocą oscilometru Pachon'a nie daje jeszcze żadnych wyników, a zatem wówczas, gdy zwapnienie to nie wywołuje zmian czynnościowych. W ścianach naczyń stwierdza się przedewszystkiem znaczną ilość soli wapnia (nieraz do 64 razy więcej, niż w stanie prawidłowym) oraz magnezu; nadto wykazać można nacieczenia cholesterynowe. Wapnienie to dotyka przedewszystkiem tętnic obwodowych, w znacznie mniejszym stopniu zmienione są większe pnie naczyniowe, podczas gdy tętnica główna może pozostać niezmieniona. To umiejscowienie wapnienia jest biegunowo odrębne od tego, które spostrzega się przy kile.

W sposób prawie wybiórczy wapnienie dotyka głównie błonę środkową naczyń. Autorowie szczegółowo opisują te zmiany histologiczne. Wskutek tego zwapnione tętnice pozostają ziejące i na sekcji wypełnione krwią, przyczem nie spostrzega się zorganizowanych zakrzepów. Przynajmniej dzieje się to wówczas, gdy niema zamknięcia światła naczyń wskutek wydatnego bujania błony wewnętrznej naczynia (endarteritis). W tych ostatnich wypadkach można widzieć wyjątkowo złogi wapnia, rzadsze jednak i mniejszego stopnia, aniżeli stwierdza się to w błonie środkowej naczyń.

Stosowanie syntaliny w cukrzycy. F. Rathéry. *Paris médical. T. XVII, Nr. 29, 1927.*

Na podstawie własnych doświadczeń autor sądzi, że chorzy na cukrzycę nie potrzebują syntaliny, o ile ich współczynnik przyswajania jest na tyle wysoki, by można było doprowadzić do odcukrzenia zapomocą samej tylko diety. O ile współczynnik ten nie jest zbyt wysoki syntalina nie zdoła go podnieść, a przeto stosowanie jej również jest zbędne. Przy diabetes consumptiva kombinowane leczenie zapomocą syntaliny i insuliny może dać lepsze wyniki aniżeli insuliny samej. Niekiedy syntalina działa w przypadkach opornych względem insuliny. W znacznej większości przypadków syntalina nie może zastąpić insuliny, aczkolwiek ze stanowiska teoretycznego syntalina wzbudza wielkie zainteresowanie.

Chemja środków obniżających zawartość cukru we krwi. G. Florence i Jenselme. *Journal de médecine de Lyon. T. VIII, Nr. 184. r. 1927.*

Insulina obok znaczenia leczniczego, posiada też i znaczenie teoretyczne, pozwalające na wyjaśnienie niektórych szczegółów przemiany węglowodanowej. Cukromocz powstaje wskutek obecności we krwi osobników chorych na cukrzycę glukozy o charakterze stałym, której ustrój zużyć nie umie i różniącej się od glukozy (glukoza γ) o charakterze bardziej zmiennym, o słabej zdolności redukowania (neoglukozy) znajdującej się we krwi ludzi zdrowych. Przemiana zwykłej glukozy na neoglukozę odbywa się pod wpływem insuliny i pewnej diastazy mięśniowej. Cukrzyca pochodzenia trzustkowego wywołana jest brakiem, względnie niedostateczną ilością insuliny, cukromocz wywołany wstrzyknieciem florydzyny odnieść należy do zaburzeń w diastazie mięśniowej. Nadto insulina wpływa na polymeryzację glukozy w mięśniach i na połączenie jej z kwasem fosforowym na laktacidogen. Insulina jest hormonem, a jej wzór chemiczny bliski jest wzorowi guanidyny. Syntalina, produkt syntetyczny, jest argininą pozbawioną grupy karboksylowej. Kwasy aminowe tracąc CO_2 stają się czynne i tworzą hormony. Jest to prawo, które już sprawdzono dla adrenaliny i tyreoidyny.

Znaczny wysięk gruźliczy osierdzia, wypuszczony zapomocą nakłucia w linji pachowej. Mouriquand, Bernheim i Lesbros. *Soc. Méd. des Hôpit. de Lyon. 15. XI. 1927.*

Autorowie opisują przypadek znacznego wysięku osierdziowego na tle gruźliczem (potwierdzony przez zaszczepienie płynu śwince morskiej) u 5-o letniego dziecka. Płyn dawał stłumienie aż w linji pachowej lewej; zapomocą nakłucia w temże miejscu wydobyto 400 ccm płynu, poczem reszta płynu wessała się samoistnie. Jest to pierwszy przypadek nakłucia osierdzia w linji pachowej; wchodzić ono może w grę w przypadkach, w których znaczna ilość płynu osierdziowego odsunąwszy płuco dochodzi aż do pachy.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Ostre zapalenie szpiku kostnego żuchwy. Gornouec (*temat program. V Zjazdu Stomat.*) *Revue de Stomatol Nr. 9 — 10, 1927.*

Duża częstość wystepowania tego schorzenia niezależnie zupełnie od wieku chorego, różni je od innych tego rodzaju zapaleń, o innem umiejscowieniu. Obraz kliniczny waha sie od objawów ciężkiej panostitis do objawów banalnego ropnia przyzebowego; istotę choroby charakteryzuje wybitna tendencja do obumarcia kości i wytworzenia martwaków, co jest w niewątpliwym związku ze zbitą budową żuchwy i jej skąpem unaczynieniem—tętnica żuchwowa przebiega w wąskim i niepodatnym kanale kostnym, w którym łatwo może być uciśnięta za sprawą różnych procesów zapalnych. Martwaki powstają częściej na stronie zewnetrznej żuchwy, gdyż tu okostna jest w dość luźnym związku z kością i łatwo daje się od niej odkleić przez zbiorowisko ropy — w przeciwieństwie do jej strony wewnetrznej, gdzie okostna jest mocno przyrośnięta do kości, zwłaszcza na przebiegu linji ukośnej.

Rola zębów polega na stworzeniu miejsca zmniejszonej odporności i wrót zakażenia, które w tych przypadkach bywa mieszane i dlatego obraz bakterjologiczny zapalenia żuchwy bywa tak różny od obrazu w zapaleniu szpiku kostnego o innem umiejscowieniu.

Większe zaburzenia w ukrwieniu chorej kości każą przypuszczać istnienie daleko posuniętych zmian w naczyniach, jak to bywa przy znacznej żywotności drobnoustrojów, a także w chorobie cukrowej, cho-

robie Brighta, chorobach nerwowych (wiąd i jamistość rdzenia), w kile, gruźlicy i wreszcie w różnych zatruciach — fosforem, arsenem, prom. X i radu.

Zapalenie szpiku żuchwy pochodzenia zębowego dotyczy zwykle jej wyrostka zębodołowego, zaś zapalenie krwiopochodne — rzadkie naogół — z jednakową częstością atakuje jej część zębodołową, jak i trzon; w pierwszym przypadku wskazane jest jak najszybsze usunięcie zębów (nawet zdrowych) w pobliżu ogniska zapalnego dla stworzenia warunków dla ewentualnego odpływu ropy, w tym drugim zaś — zabieg powyższy byłby bezcelowy.

Leczeniem zasadniczem będzie zawsze leczenie szczepionkami (jedno—lub wielowartościowemi) plus leczenie operacyjne—w uśpieniu ogólnem lub w znieczuleniu zapomocą zniesienia przewodnictwa poszczególnych pni nerwowych; właściwego znieczulenia miejscowego stosować tu nie należy ze względu na wysoce szkodliwy wpływ adrenaliny na schorzałą kość. Samo dłutowanie kości dość łatwo może być powikłane jej przypadkowem złamaniem.

Leczenie złamań czaszki nakłuciami lędźwiowemi. Auvray. *Centenaire de la Gaz. des Hôp., listopad 1927.*

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 51 przypadków urazów czaszki (najczęściej z przejechania) z jej złamaniem i ewentualnie stłuczeniem mózgu wypowiada następujące uwagi co do rozpoznania i leczenia. Złamanie najczęściej dotyczyło kości skalistej i przedniej części podstawy czaszki. Objawy ogniskowe ze strony mózgu spostrzegano bardzo rzadko. W pewnej ilości przypadków wystąpiły objawy podrażnienia opon przez wynaczynioną krew z bólami i zawrotami głowy, mdłościami, wymiotami, sztywnością karku, wzmożeniem odruchów i dodatnim objawem Kerniga; tętno 60 do 80, ciepłota około 38°, badanie płynu mózgowordzeniowego wykazywało jego jałowość. Objawy te ustępowały zupełnie po 2 — 3 dniach.

L e c z e n i e polegało na stosowaniu całego szeregu nakłuć lędźwiowych (w jednym przypadku — 11 razy w ciągu 15 dni) i o s t r o ż n e m, p o w o l n e m w y p u s z c z a n i u 10 — 20 cm³ płynu; poprawa w stanie chorych występowała prawie natychmiast — powracała przytomność, ustępowały gwałtowne bóle głowy. Na 47 leczonych w ten sposób przypadków w 11 nastąpiła śmierć (w 5 — w parę godzin po wypadku, w 2—wskutek zakażenia opon), a w 34 — wyleczenie, co do 2 — brak wiadomości.

Wskazanie do dłutowania kości uszkodzonej, zdaniem autora, stanowią: wgniecenie kości, objawy ogniskowego obrażenia mózgu, bardzo szybko narastające objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, albo wreszcie wzmaganie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego — zwalnianie sie tetna mocno napietego, zwolnienie oddechu, słabnięcie odruchów, rozszerzenie źrenic — pomimo stosowania nakłuć lędźwiowych.

Przewlekły gościec stawowy i jego stosunek do kiły. Brelet. *Centenaire de la Gaz. des Hôp., listopad 1927.*

Na tę złożoną grupę przewlekłego gośćca stawowego składają się: 1) gościec stawowy o tle zakaźnem, 2) postać o tle dnawem i 3) gościec zniekształcający.

I. Pierwsza grupa ma etjologję dość wyraźną, składają się na nią: zakażenia właściwe ostremu gośćcowi stawowemu, rzeżączka i gruźlica (postać *de Ponceta*).

II. Etjologja gośćca dnawego jest mniej jasna, na jego związek z dną wskazują jednocześnie i właściwe jej schorzenia narządów wewnętrznych i naczyń.

III. Wreszcie trzecia podgrupa przewlekłego gośćca stawowego zniekształcającego ma etjologję zupełnie ciemną; podnoszono tu wpływ zimna i wilgoci, zaburzenia nerwowo-odżywcze (za czem przemawia symetrja objawów, rozwój choroby wstępujący od obwodu, wzmożenie odruchów) i wreszcie zaburzenia czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (tarczyca).

Przed dwudziestu paru laty po raz pierwszy w etjologji tego schorzenia podniesiono rolę kiły; potem cały szereg autorów zaczął ogłaszać przypadki gośćca stawowego zniekształcającego na tle kiły, w których leczenie swoiste przyniosło znaczną poprawę. Zaczęto patrzeć na kiłę jako na główny tutaj czynnik etjologiczny. Autor niniejszej pracy na podstawie zestawienia paru najnowszych statystyk w tym przedmiocie przychodzi do zupełnie przeciwnych wniosków; na 102 przypadków gośćca stawowego zniekształcającego tylko w 3 przypadkach stwierdzono tło kiłowe. Kiła w schorzeniu tem nie gra bynajmniej roli bardziej wydatnej.

Schorzenia blizny kostnej i ich leczenie. Leriche. *Centenaire de la Gaz. des Hôp., listopad 1927.*

Żeby zrozumieć patologję i patogenezę tych schorzeń, należy przypomnieć w paru słowach mechanizm powstawania i znikania kości według najświeższych na tę sprawę poglądów.

Układ kostny w ustroju zwierzęcym jest przedewszystkiem dlań s k ł a d e m r e z e r w s o l i w a p n i o w y c h, tak niesłychanie ważnych dla jego gospodarki wewnętrznej, z którego ustrój w miarę potrzeby czerpie bez żadnych ograniczeń, bez względu na mogące wystąpić wtórne zaburzenia w innych czynnościach układu kostnego, w danej chwili dla ustroju mniej ważnych (np. zaburzenia statyczne). Wszystko to dzieje się za pośrednictwem gry naczyniowej: przekrwienie kości powoduje jej rozrzedzenie — aż do zupełnego wypłókania z niej soli wapniowych, zaś zmniejszone ukrwienie kości — jej zagęszczenie, stwardnienie.

Cóż się dzieje w ognisku złamania? Pod wpływem urazu nastepuje przekrwienie otaczającej je tkanki łącznej i znajdujących się w jego sąsiedztwie kości; pod wpływem tego wzmożonego ukrwienia t k a n k a ł ą c z n a p r z e k s z t a ł c a s i e w z a r o d k o w ą, co jej dopiero umożliwi wchłanianie soli wapniowych i w końcu przeistoczenie się w kość ostateczną. Narazie tkanka zarodkowa wypełnia ubytek między odłamami, tworząc bliznę włóknistą; z tą chwilą znika przekrwienie tej okolicy (utrzymując się jeszcze w zakresie kości sąsiednich); im dłużej się ono utrzymywało (drobne zakażenia ogniska złamania), tym rozleglejszą j e s t blizna włóknista, tym rozleglejszą b ę d z i e ostateczna blizna kostna. Utrzymujące się przekrwienie kości sąsiednich warunkuje ich zubożenie w sole wapniowe, które zkolei odkładają się w bliźnie, powoli (nieraz bardzo powoli) twardniejącej na kość właściwą.

Mechanizm jest jasny, pozostają ciemnemi tylko prawa, które nim rządzą.

Zrozumiałem się teraz stanie, że nagłe wystąpienie przekrwienia w miejscu młodej blizny kostnej może spowodować jej zupełne odwapnienie, gdyż brak będzie wówczas w jej otoczeniu swej tkanki zarodkowej, która jedynie jest w stanie wchłonąć uwolnione sole wapnia. Dla zilustrowania powyższego autor przytacza opis spostrzeganych przez siebie przypadków, z których w jednym dosyć młoda blizna kostna zniknęła zupełnie po wyjęciu blaszek metalowych, użytych do szwu kostnego (przekrwienie wywołane przez uraz operacyjny), w drugim zaś — w przebiegu grypy (miejscowe zakażenie w miejscu blizny).

W trzecim przypadku odwapnienie starej blizny kostnej (w 18 lat po zagojeniu się złamania) nastąpiło po operacji sączkowania przewodu żółciowego wspólnego na skutek kamicy; ustrój tą drogą starał się wyrównać brak wapnia, który pociągała za sobą bezpowrotna dla ustroju strata dużych ilości żółci, wylewających się nazewnątrz.

Z rozważań powyższych wyłaniają się następujące wskazówki praktyczne, lecznicze. Należy się obchodzić bardzo ostrożnie z młodą blizną kostną, zwłaszcza należy strzec się wywoływania przekrwienia w jej okolicy; z tego też względu usuwanie operacyjne części metalowych, użytych do szwu kostnego, można przedsiębrać nie wcześniej jak w 6 — 7 miesięcy po zeszyciu; i dlatego też nawet drobne zakażenie szwu kostnego w czasie operacji, utrzymujące się nieraz długo w stanie utajonym, może niespodziewanie rozniecić miejscowo stan zapalny, który w ciągu paru dni zniszczy zupełnie pracę szeregu miesięcy. Następnie, w razie gdyby ustrój, obarczony względnie świeżą blizną kostną, znalazł się w warunkach wzmożonego zapotrzebowania soli wapniowych (ciąża, przetoka żółciowa), należy pamiętać, o możliwości jej rozmiękczenia i zawczasu zabezpieczyć się przed jego następstwami przez unieruchomienie kończyny i odpowiednią zmianą diety. Mając do czynienia z już dokonanem rozmiękczeniem, blizny, można próbować sympaticektomji okołotętniczej lub wykonać przeszczepienie kości.

Szycie ścięgien zginaczy palców kończyn górnych przeciętych na wysokości palców. Iselin. *Journ. de Chir. T. XIXX — Nr. 5, listopad 1927.*

O ile szycie ścięgien zginaczy palców na wysokości dłoni daje naogół dobre wyniki, o tyle zabieg ten, wykonany na wysokości palców, najczęściej zawodzi; przyczem zaznaczyć należy, że o wyniku pomyślnym mówić można tylko wówczas, kiedy przy unieruchomieniu podstawowego paliczka stwierdzi się ruchy czynne, zginania i prostowania dwu pozostałych.

Przyczyną niepowodzenia bywa tu: 1) mniej lub więcej rozległe uszkodzenie pochewki ścięgnowej w miejscu szwu ścięgna i w następstwie zrost ścięgna z blizną pochewki; 2) uszkodzenie poprzecznych wiązadeł ścięgnistych, utrzymujących ścięgna przy kości, które powoduje przemieszczenie ścięgiem pod skórę i w następstwie zrost z blizną skórną; 3) wadliwe podłużne cięcia operacyjne, dające niepodatną i znacznie hamującą ruchy bliznę na przebiegu ścięgna — należy zawsze robić cięcia poprzeczne; 4) wreszcie najdrobniejsze nawet zakażenie wyłącza wynik pomyślny.

Z powyższego wyłaniają się pewne wskazówki pozytywne co do techniki operacyjnej. A więc poza ścisłą aseptyką i operowaniem z jak najmniejszem obrażaniem tkanek, należy ponadto jak najostrożniej obchodzić się z pochewkami ścięgnowemi i wiązadłami ścięgnistemi (obrączkowatemi i skrzyżowanemi); przyczem szwy ścięgna, pochewki i skóry nigdy nie powinny się znajdować na jednym poziomie, nigdy nie powinny do siebie przylegać.

Warunkom tym najbardziej odpowiada sposób amerykańskiego chirurga nazwiskiem Sterling Bunnel, który polega na zupełnem wycięciu uszkodzonego ścięgna, powierzchownego i głębokiego, na całej przestrzeni danej pochewki ścięgnowej, na całej długości palca, i na przeprowadzeniu przez opróżnioną w ten sposób pochewkę przeszczepu ścięgna, który przyszywa się do obu końców wyciętego ścięgna zginacza głębokiego — na dłoni i na końcu palca — do pomyślnego wyniku wystarcza tu odtworzenie tylko zginacza głębokiego.

Co do techniki operacyjnej — odsyłam czytelnika do pracy w oryginale, bogato ilustrowanej rysunkami; na tem miejscu podam tylko parę szczegółów najbardziej charakterystycznych dla zabiegu. Znieczulenie ogólne i opaska Esmarcha. Cięcia skóry: jedno — poprzeczne, na dłoniowej stronie II paliczka, na $1/2$ cm powyżej brózdy zgięcia drugiego paliczka względem pierwszego, z niewielkiem przedłużeniem bocznem ku dołowi, pod kątem prostym do poprzedniego; drugie — identyczne co do kształtu z pierwszem, na dłoni, na 1 — 3 cm dośrodkowo od podstawy palca, na jego przedłużeniu (tu kończy się dośrodkowy koniec pochewki ścięgnowej). Wycięcie końca obwodowego ścięgna zginacza głębokiego. Wycięcie zginacza powierzchownego na całej przestrzeni miedzy obydwoma cięciami, przyczem koniec obwodowy obcina się tuż przy kości. Przeprowadzenie zgłębnika poprzez pochewkę z cięcia obwodowego do dośrodkowego. Przygotowanie przeszczepu: ze zginacza powierzchownego (dodatkowe cięcie na przedramieniu), z mięśnia dłoniowego (bardzo niestały), z rozginaczy palców stopy; ścięgno należy zawsze wycinać z otaczającą je otoczką tkankołączną. Jeden koniec przeszczepu przyszywa się do końca dośrodkowego zginacza głębokiego (szew „en lacet“ wdg. Cuneo) drugi koniec przymocowywuje się prowizorycznie do końca zgłębnika i pociągając zań, wciąga się przeszczep do opróżnionej pochewki ścięgnowej, poczem przyszywa się jego koniec obwodowy do obwodowego kikuta zginacza głębokiego. Zdjęcie opaski hemostatycznej. Zatamowanie krwawienia. Szwy skórne. Unieruchomienie wszystkich palców w lekkiem zgięciu na 7 dni, poczem mięsienie i ruchy czynne.

Sterling Dunnel, podając tego rodzaju sposób odtwarzania ścięgiem, przytacza jednocześnie bardzo zachęcającą odnośną statystykę.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. Poix. *La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1927.*

Praktycznie ujmując sprawę, leczenie to obecnie sprowadza się do dwu zabiegów: torakoplastyki i wycięcia nerwu przeponowego; oba one wespół z odmą sztuczną dążą do jednego celu — przez wywołanie spadnięcia się elastycznie kurczliwej tkanki płucnej osiągnąć ograniczenie ruchów oddechowych i krążenia krwi i chłonki i przez to dać płucu jak najlepsze warunki do wygojenia się sprawy gruźliczej.

Torakoplastyka w postaci najczęściej obecnie stosowanej polega na wycięciu w okolicy przykręgosłupowej kawałków żeber — od 2—3 cm (z pierwszego żebra) do 10—12 cm (z dziesiątego), jedno lub dwuczasowo; torakoplastyka częściowa polega na wycięciu tylko 7 żeber, licząc od góry lub od dołu. Po torakoplastyce całkowitej chory w ciągu kilku dni ma sinicę, silne bóle klatki piersiowej, zwłaszcza przy kaszlu, ciepłota podnosi się nieraz do 39°, tętno jest małe, częste i nieprawidłowe; bywają i zejścia śmiertelne w tym okresie. Następny okres najbliższych paru tygodni niesie z sobą niebezpieczeństwo zaostrzenia się sprawy chorobowej po stronie operowanej lub przeciwnej lub jej uogólnienia. Dopiero po tym czasie zaczyna się stała, jakkolwiek powolna, poprawa — kaszel i odpluwanie zmniejszają się, ciepłota opada, stan ogólny się poprawia, waga ciała się zwiększa; prześwietlanie promieniami X. stwierdza nasilenie się i ciągłość procesu zabliźniania się ognisk gruźliczych. Następowe zniekształcenie klatki piersiowej nie jest zbyt znaczne i rzucające się w oczy. Śmiertelność pooperacyjna wynosi około 13%; wynik ostateczny: $^1/_3$ — wyleczenie zupełne, $^1/_3$ — poprawa trwała i $^1/_3$ — brak wyniku.

Do wykonania torakoplastyki potrzeba następujących warunków: 1) brak zmian gruźliczych po stronie przeciwnej, gdyż — w przeciwieństwie do odmy sztucznej, do której niewielkie zmiany w drugiem płucu nie są przeciwskazaniem, — tutaj spadnięcie się płuca jest nagłe i ostateczne, trwałe; 2) charakter włóknisty, wytwórczy zmian gruźliczych gdyż po torakoplastyce następuje tylko częściowe wyłączenie czynności płuca, nigdy zupełne, jakie osiągnąć można tylko zapomocą odmy sztucznej, z tego względu bardziej wskazanej w przypadkach zmian wrzodziejących, czynnych; 3) wreszcie koniecznym warunkiem jest niezły stan ogólny chorego, brak innych zmian gruźliczych, wzmożonego ciśnienia krwi, otłuszczenia, brak większych zmian w sercu.

Najczęstszem wskazaniem do torakoplastyki będzie niemożność wykonania odmy sztucznej wskutek zrostów opłucnowych.

Wycięcia nerwu przeponowego dokonywa się na wysokości mięśnia pochyłego przedniego, z cięcia skórnego poziomego, nieco powyżej środkowej trzeciej części obojczyka, po znieczuleniu odpowiednich pni nerwowych. Po przecięciu nerwu przeponowego z jego końca obwodowego wyrywa się kawałek długości 10—12 cm. Następuje porażenie zupełne i powolny — w ciągu kilku miesięcy — zanik odpowiedniej połowy przepony, której szczyt ostatecznie ustala się w miejscu o 4 do 12 cm wyżej niż po stronie przeciwnej. Spadnięcie się płuca dotyczy całej jego masy, ale jest jeszcze mniej zupełne, niż po torakoplastyce. Poważniejszych powikłań pooperacyjnych nie bywa prawie nigdy. Wynik leczniczy bywa niepewny i niezbyt wydatny. Zabieg ten bywa najczęściej stosowany jako uzupełnienie odmy sztucznej jako przygotowanie do torakoplastyki, lub jako zabieg, mający zastąpić odmę sztuczną (zrosty opłucnowe) w przypadkach, w których stan ogólny chorego nie pozwala na wykonanie torakoplastyki.

Z powyższych rozważań wynika, że najwłaściwszym sposobem postępowania tutaj będzie kombinowanie wszystkich 3 rodzajów zabiegu, zależnie od przypadku. Przy nieskutkowaniu, odmy sztucznej wskutek zrostów w okolicy przepony wskazanem będzie dodatkowe wykonanie wycięcia nerwu przeponowego; przy zrostach w okolicy szczytu uzupełnić odmę można częściową torakoplastyką górną, i t. p. Myślą przewodnią w leczeniu chirurgicznem gruźlicy płuc musi być dążność do osiągnięcia jak największego spadnięcia się płuca przy maksymalnem oszczędzaniu jego części zdrowych i minimum ryzyka dla chorego.

Patogeneza żylaków i ich leczenie wstrzykiwaniami dożylnemi środków drażniących. Sicard i Gaugier. *Masson—Paryż, 1927.*

W warunkach prawidłowych krew żylna z kończyn dolnych odpływa w kierunku serca dwiema drogami: żyłami głębokiemi, przy wybitnem współudziale siły ssącotłoczącej mięśni łydki, i żyłami powierzchownemi, jakiemi są żyła odpiszczelowa większa i mniejsza; na obu tych drogach prąd krwi skierowany jest dośrodkowo. Przy obecności żylaków mechanizm ten ulega następującej zmianie: kierunek prądu krwi w żyłach powierzchownych staje się odwrotny; z gory nadól, co umożliwia niedomoga zastawek, a zwłaszcza zastawki przy ujściu żyły odpiszczelowej większej do żyły udowej; zaś cała krew żylna z kończyny odpływa żyłami głębokiemi.

Światło żył zależy od stanu ich mięśniówki, znajdującej się za pośrednictwem układu współczulnego pod wpływem podniet natury fizykalnej (ciepło, zimno), mechanicznej, chemicznej i biologicznej (hormony gruczołów wydzielania wewnętrznego). Ten ostatni czynnik, zdaniem autorów, odgrywa pierwszorzędną rolę w etjologji żylaków; przy braku we krwi odpowiednich hormonów żyły tracą swoje fizjologiczne napięcie i pod wpływem różnych czynników drugorzędnych jak wpływ postawy stojącej i intensywnej pracy kończyn ulegają żylakowemu rozszerzeniu. Dziedziczność żylaków jest właściwie dziedziczeniem niedomogi pewnych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Dotyczy to przedewszystkiem przysadki i gruczołów płciowych, z tych ostatnich zwłaszcza jajników i ciałka żółtego. Codzienne obserwacje kliniczne dowodzą niewątpliwego wpływu na rozwój żylaków okresu pokwitania i przekwitania, perjodu, kastracji jajnikowej, ciąży (po wyłączeniu wpływu mechanicznego macicy ciężarnej). Wszystko wyżej powiedziane dotyczy tylko t. zw. samoistnych żylaków, a nie dotyczy wcale żylaków wtórnych, wikłających stany zwężenia lub zamknięcia światła żył głębokich uda i miednicy.

Przechodząc teraz do leczenia żylaków wstrzykiwaniem chemicznie drażniących środków, wspomnę przedewszystkiem o procesie, jaki przebiega w żyle po wstrzyknięciu—powstaje mianowicie obraz anatomopatologiczny zapalenia żyły natury chemicznej, niezakaźnej, jednocześnie na dużym jej odcinku; po paru godzinach tworzy się rozległy zakrzep, szybko ulegający organizacji i mocno przylegający do ściany żyły (stąd brak niebezpieczeństwa wtórnych zatorów), wypełniający całe światło żyły, która z czasem zamienia się w powrózek tkankołącznowy; ten stan zapalny nie przechodzi nigdy na żyły głębokie. Obraz ów jest różny zasadniczo od obrazu zapalenia żyły pochodzenia zakaźnego (thrombophlebitis), inne są też i objawy kliniczne.

Sposób leczenia wstrzykiwaniami przeciwskazany jest dla względów zrozumiałych w następują-

cych przypadkach: późny wiek, niedomoga sercowa, wysokie ciśnienie tętnicze, choroby nerek, ciąża, chromanie przestankowe, zapalenie żył głębokich kończyn dolnych.

Technika zabiegu: Chory w postawie stojącej, siedzącej z opuszczoną kończyną lub leżącej, ale w tym ostatnim przypadku żyły są gorzej widoczne; ewentualnie można wkłuć igłę w postawie stojącej, przekonawszy się, że igła tkwi w żyle położyć chorego i wtedy dopiero wstrzyknąć lekarstwo. Na pierwszem posiedzeniu lepiej jest ograniczyć się do jednorazowego wstrzyknięcia. Należy strzec się bardzo wstrzyknięcia poza żyłę, do tkanki podskórnej, naco chory reaguje natychmiast uczuciem bólu piekącego; wprowadzenie w to samo miejsce kilku cm^3 roztw. fizjolog. chroni przed przykremi następstwami tego wadliwego wstrzyknięcia. Prawidłowe wstrzyknięcie jest zupełnie niebolesne. Po wstrzyknięciu igłę pozostawia się w żyle na 1—2 min., poczem szybko wyciąga się i uciska miejsce wkłucia przez 2 minuty; w tym czasie można położyć chorego, o ile był przedtem w pozycji stojącej, uważając, aby przytem nie napinał mięśni łydki, co spowodowałoby wessanie się części lekarstwa do żył głębokich ze wszelkiemi tego następstwami. Po 5 minutach chory może opuścić ambulatorjum. Powtarzać wstrzyknięcia można nawet codziennie, aby tylko nie wstrzykiwać przez 2 dni pod rząd do tej samej żyły; ilość wstrzyknięć potrzebnych do zarośnięcia jednego żylaka, jest bardzo względna, od 1 do 10. Objawów ogólnych po wstrzyknięciu nie bywa prawie nigdy, miejscowo zaś może wystąpić krótkotrwałe zblednięcie kończyny jako przejaw odruchu naczynioruchowego, lub też parominutowy kurcz bolesny mięśni łydki. Od następnego dnia żyła dana zaczyna się zmniejszać po 2—3 miesiącach jest ledwo wyczuwalna poprzez skórę. Po jednorazowem wstrzyknięciu światło żyły zarasta przeciętnie na przestrzeni 6—8 cm. Prawdziwe nawroty cierpienia występują w 1% przypadków (żyła zarośnięta staje się znowuż drożną).

Leczenie powyższe można stosować bez ograniczeń i w przypadkach żylaków, powikłanych krwawieniami, wypryskiem, owrzodzeniami i zapaleniem żył powierzchownych; autorowie stosowali je również z powodzeniem w przypadkach guzów krwawicowych.

Co do składu chemicznego roztworu wstrzykiwanego — to najodpowiedniejszym okazał się roztwór 20—30 i 40% salicylanu sodu, chemicznie czystego, przechowywany w ampułkach ze specjalnego szkła. Rozpoczyna się leczenie od 2 cm^3 roztworu 20%, stopniowo w miarę potrzeby powiększając dawke do 5 cm^3 — 40%. Pozatem stosowano również dwujodek rtęci w roztworze $\frac{1}{2}$—1%, chininę w roztw. 12% i cytrynian sodu w roztw. 5%, jednak środki te naogół okazały się mniej pewne i mniej bezpieczne od salicylanu sodu.

Leczenie żylaków wstrzykiwaniami uzupełniać należy leczeniem do pewnego stopnia etjologicznem podając przetwory jajników, jąder i przysadki, i stosowaniem środków fizykalnych jak heljoterapja, kąpiele morskie i mięsienie.

O zespole objawów przyotrzewnowych (paraperitonealnych). Guibal i Remy. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 34, grudzień 1927.*

Otrzewna na swej stronie zewnętrznej jest równie wrażliwa na podniety zapalne, jak na swej stronie wewnętrznej; ustrój w obu tych przypadkach reaguje temi samemi objawami klinicznemi: samoistnym i wywołanym bólem, napięciem powłok, wymiotami, zatrzymaniem gazów i stolca i przyśpieszeniem tętna (do 120): Dotyczy to zwłaszcza stłuczenia powłok brzusznych z wytworzeniem krwiaka przedotrzewnowego i ran, nie przenikających do wolnej jamy otrzewnowej.

Ten zespół objawów przyotrzewnowych różni się od takichże objawów przy obecności zmian zapalnych w samej jamie brzusznej jedynie tylko ich mniejszą rozległością (bardziej ograniczonem umiejscowieniem) i względnie późnem występowaniem (w kilku do kilkunastu godzin po wypadku).

Jednakże zasada otwierania jamy brzusznej w każdym przypadku urazu brzucha z objawami otrzewnowemi pozostaje niewzruszona, gdyż stokroć słuszniej będzie otworzyć jamę brzuszną i stwierdzić tylko obecność krwiaka w powłokach, niż licząc na stłuczenie tylko powłok brzusznych, zaniechać laparatomji w przypadku obrażenia trzew brzusznych.

M. Czyżewski

CHOROBY NERWOWE.

Mechanizm glikorrachji (przyczynek do badań nad przepuszczalnością opon). Rizet i Meirel. *Presse médicale Nr. 96, 1927.*

Badania autora mają na celu potwierdzenie hypotezy, że przenikanie cukru ze krwi do płynu mózgo-rdzeniowego odbywa się nie tylko przez splot naczyniasty, ale i przez śródbłonek naczyń włosowatych w całym układzie nerwowym ośrodkowym. Doświadczenia swoje przeprowadzał autor na psach w ten sposób, że podwiązywał rdzeń grzbietowy, uciskając tylko opony miękkie, dzięki temu powstawały dwie przestrzenie podpajęczynówkowe, nie komunikujące się z sobą: ponad miejscem ucisku i poniżej. Po wprowadzeniu dożylnem roztworu glukozy badał płyn, wydobyty przez nakłucie podpotyliczne i lędźwiowe i stwierdzał zwiększone w porównaniu z normą, ale jednakowe ilości cukru w obu porcjach płynu.

Do przestrzeni podpajęczynówkowej poniżej miejsca ucisku płyn mógł się dostać tylko drogą naczyń krwionośnych.

Autor przeprowadzał podobne badania w przypadkach patologicznych i normalnych na ludziach. W przypadkach ucisku rdzenia przez guz, w których była zupełna przerwa w komunikacji przestrzeni podpajęczynówkowej nad guzem z przestrzenią poniżej guza, wyniki były analogicznie do wyników na psach. W przypadku zamknięcia wodociągu Sylwjusza z powodu guza w okolicy mostu autor miał do czynienia z zupełną izolacją splotu naczyniastego i płynu komorowego od przestrzeni podpajęczynówkowej rdzeniowej. Glukoza, wprowadzona do krwi, wzbogaciła płyn rdzeniowy w cukier bezpośrednio, a nie drogą splotu naczyniastego. U osobników normalnych wprowadzał autor do komory barwik i jednocześnie dawał injekcje śródżylne glukozy. Po 3 minutach badał płyn, wydobyty drogą nakłucia lędźwiowego i znajdował, że płyn ten wzbogacał się w cukier szybciej, aniżeli barwik przenikał z komory do płynu podpajęczynówkowego rdzenia. Ze wszystkich tych badań autor wyciąga wniosek, że u człowieka jak i u psa cukier przechodzi do płynu m.-rdz. na każdym poziomie układu nerwowego ośrodkowego dzięki przepuszczalności naczyń. Śródbłonek naczyń stanowi błonę wybiórczą.

Patogeneza i leczenie chirurgiczne choroby Meniera. Henri Aboulker. *Presse médicale Nr. 93, 1927.*

Autor w swoich przypadkach choroby Meniera obserwował dodatni, ale przemijający wpływ punkcji lędźwiowej. Autor przypuszcza, że objawy tego cierpienia w niektórych przypadkach zależą nie od uszkodzenia samego labiryntu, lecz od wzmożonego ucisku śródczaszkowego w okolicy jamy móżdżkowej. Dlatego też stosował w 6 przypadkach choroby Meniera trepanację poza wyrostkiem sutkowym z nacięciem opony twardej lub bez i otrzymywał również dobre wyniki. W końcu autor zastanawia się, czy hypotensja płynu mózgowordzeniowego niemoże być przyczyną choroby Meniera, ponieważ w 2 przypadkach, w których był duży upływ płynu mózgordzeniowego, wystąpiły objawy jak w chorobie Meniera.

Guzy rdzeniowe bezbolesne. Laporte, Rizer i Sorel. *Revue Neurologique T. II, Nr. 2, 1927.*

Autorowie w związku z przypadkiem guza zewnątrzrdzeniowego omawiają różne hypotezy co do braku bólów korzonkowych przy guzach rdzenia. Niektórzy badacze uzależniają brak bólów korzonkowych od charakteru anatomicznego guza. Guzy zewnątrzrdzeniowe miękkie, o utkaniu luźnem, z niewielką ilością tkanki łącznej, bogato unaczynione, zwyrodniałe torbielowato, uciskają korzonki i szlaki rdzeniowe w słabym stopniu i nie powodują bólów korzonkowych. Jednak obok takich przypadków istnieje cały szereg guzów zewnątrzrdzeniowych miękkich, luźno utkanych, przy których chorzy cierpią na bóle korzonkowe lub bóle, zależne od ucisku na powrózki przedniobocznе. Bóle korzonkowe niekiedy wywoływać może nawet torbiel płynna. Natura histologiczna guza odgrywa ważną rolę w powstawaniu bólów korzonkowych. Mięsaki przebiegają z gwałtownymi bólami, gdy tymczasem neurogliomaty są mniej bolesne. Nacieki naokoło korzonków i powrózków rdzeniowych, zwyrodnienie ich włókien nerwowych nie jest również obojętne dla powstawania bólów korzonkowych. Oprócz bólów korzonkowych w guzach rdzenia mamy do czynienia z bolami, zależnymi od ucisku powrozków przedniobocznych. Brak bólów korzonkowych przy guzach rdzeniowych cały szereg autorów tłomaczy sobie zwyrodnieniem powrozków przedniobocznych ponad miejscem ucisku. Jestto t. zw. *cordotomja* samoistna.

Współczesne metody leczenia ostrego zapalenia rogów przednich. A. Ravina. *(Presse médicale Nr 98, 1927).*

W ostatnich kilku latach terapja nagminnego zapalenia rogów przednich znacznie wzbogaciła się. Mechanoterapja, seroterapja, radjoterapja i djatermia dały zachęcające wyniki. *Netter* i wielu innych otrzymywali dobre rezultaty za pomocą surowicy uzdrowieńców. *Pettit* stosuje surowicę, otrzymaną z koni, uodpornionych rdzeniem zakażonym małp. Dawka najodpowiedniejsza — 20 cm³ śródrdzeniowo codziennie przez kilka dni i 40 — 60 cm³ śródmięśniowo. *Netter* uważa, że za pomocą surowicy Pettit'a można otrzymać dobre rezultaty nawet w przypadkach starych. *Bordier* w przypadkach ostrych stosuje radjoterapję, która ma zwalczać objawy zapalne w rogach przednich.

Należy stosować ją przez 3 seanse, potem przerwać na miesiąc, a następnie jeszcze 3—4 razy powtórzyć. Z powodu zniszczenia ośrodków troficznych w zapaleniu rogów przednich występuje zanik nietylko mięśni, ale i naczyń, z tego powodu łatwo powstają owrzodzenia. Przeciwko tym zmianom odżywczym najskuteczniejszą okazała się djatermia. Stosuje się ją zaraz po ustąpieniu stanu gorączkowego przez 2 — 3 miesiące, 3 razy na tydzień, po 2—3 miesięcznej przerwie nowa serja. W ciężkich przypadkach leczenie trwa 2 — 3 lata. Elektroterapja powinna trwać dłuższy czas z przerwami 1 — 2 miesięcy.

Chinola zaleca stosowanie prądu galwanicznego i sinusoidalnego, ponieważ ten ostatni drażni oprócz mięśni poprzecznieprążkowanych mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, skąd sprzyja krążeniu i polepsza odżywianie tkanek. Po ustąpieniu stanu gorączkowego należy uwzględnić reedukację mięśni. W okresie pozostałości częste zastosowanie mają metody chirurgiczne: artrodezy, anastomozy. Według *Castronovo* liczba przypadków wyleczonych przy stosowaniu radjoterapji i djatermji, przewyższa liczbę przypadków, wyleczonych samoistnie. Autor artykułu wyraża życzenie, ażeby dla chorych na zapalenie rogów przednich tworzyć specjalne zakłady, w których koncentrowałyby się wszystkie metody lecznicze tego cierpienia, ponieważ w szpitalach ogólnych leczenie nie może być odpowiednie.

B. Stępień.

OKULISTYKA.

Odkrycie drobnoustroju jaglicy. Mc. Callan. *Revue Internationale de Trachome, juillet, 1927 str. 73—74.*

Dnia 18 maja 1927 r. na posiedzeniu dorocznem Amerykańskiego Tow. Lekarskiego Hideyo Nogouchi doniósł o wyodrębnieniu z grudek jaglicy plemion indyjskich Nowego Meksyku gram-ujemnego, ruchomego prątka, który wywołuje cierpienia podobne do jaglicy u szympansów i makaków.

Objawy porażenia z wierzchołka oczodołu. Ch. Dejean. *Arch. d'Opht. Nr. 11, 1927, str. 958—690*

Kilaki, zapalenia kiłowe i niekiłowe okostnej i kości klinowych, urazy, wybroczyny i nowotwory w okolicy wierzchołka oczodołu powodują porażenia mięśni ruchowych oka, porażenia pierwszej gałązki n. trójdzielnego, czasem porażają n. wzrokowy i powodują ślepotę. Do zespołu tych porażeń dołącza się czasem wytrzeszcz, objawy porażenia wzgl. zadrażnienie górnych gałązek n. współczulnego i w razie zmian rozleglejszych (kiłowych lub nowotworowych) wypuklenie okolicy skroniowej. Objawy porażenia idące z wierzchołka oczodołu są zwykle jednostronne. Od początku w nich stwierdzamy zwykle opadnięcie powieki, rozszerzenie źrenicy, ustawienie oka w dół i w stronę i niewrażliwość rogówki. Oko jest prawie nieruchome. Badanie radjologiczne i odczyn Wassermana często ułatwia rozpoznanie.

Autor przytacza 5 przypadków, z których dwa miały pochodzenie kiłowe, dwa spowodowane były zapaleniem kości i jeden—nowotworem. Jak wska-

zują przypadki autora, dokładne umiejscowienie zmian chorobowych często nie jest łatwe, a leczenie przynosi poprawę tylko wyjątkowo; jeśli zmiany są kiłowe lub pourazowe, to nieraz poprawa może być znaczna.

Postaci poronne choroby Recklinghausena. Nerwiak powiek i oczodołu. F. Ferrien, J. Mawas & Veil. *Arch. d'Opht. Nr. 11. 1927 r. str. 691—703.*

O nerwiakowej słoniowatości powiek pisał niedawno u nas *Abramowicz i Tymiński*. (Patrz: Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego; zesz. III, 1926 r.)—ma się rozumieć autorowie polskiej pracy nie cytują, aczkolwiek przedstawia ona dużo ciekawych szczegółów tego cierpienia. Autorowie opisują trzy przypadki nerwiaka splotowego powiek. Wszystkie dotyczyły dziewczynek od 10 — 15 lat wieku. W pierwszym przypadku tylko badanie mikroskopowe wskazało na istotę cierpienia zgrubiałej powieki lewego oka, w drugim przypadku prawego oka; w trzecim przypadku zgrubiała była znów górna powieka oka lewego. Oprócz tego w opisywanych przypadkach notowano: plamy barwikowe, względnie znamiona barwne na powłokach skóry ciała, zwiększenie jamy oczodołu oraz zaburzenia gruczołów wydzielmy wewnętrznej i t. p. Pomoc w tych przypadkach dać może tylko wycięcie części, względnie całości nowotworu. Jednak zabieg jest niebezpieczny ze względu na skłonność do krwawień z licznych i rozszerzonych naczyń krwionośnych. W jednym przypadku przed zabiegiem zastrzykiwali autorzy surowicę przeciwkrwotoczną Dufoura.

Przypadek śródbłoniaka marszczki półksiężycowej spojówki oka. J. Drak. *Arch. d'Opht. Nr. 11, 1927, str. 704 — 709.*

Obok piśmiennictwa podaje autor opis przypadku, który dotyczył 29 letniej kobiety, która na spojówce marszczki półkiężycowej miała guzek żółtawy długości 10 ccm, szerokości 3 ccm, z licznemi naczyniami krwionośnemi. Guzek luźno przylegał do twardówki, był zato zrośnięty z marszczką półksiężycową. Utkanie guzka składało się z gęsto obok siebie ułożonych komórek. z jądrami większemi od limfocytów—o niewyraźnej budowie chromatyny jądra. Ogniska komórek robią wrażenie jakby powstały z wybujania komórek wyściełających jakieś przestrzenie lub światła. Autor podkreśla niezwykłość umiejscowienia guzka.

Jaglica jednostronna, leczona oliwą uśpiana wonnego (Ol. Chaulmoograe). V. Morax. *Rev. Intern. du Trachome, 1927, str. 74—79.*

Autor podaje opis przypadku lekarza, który po strzyknięciu do oka ropy podczas operacji ropniaka jajowodu w 4—5 dni zachorował na zapalenie spojówek oka prawego z obrzękiem, grudkami w załamkach łzawieniem i typową łuszczką jagliczą (?) w dwa miesiące po wypadku. Leczenie lapisem i argyrolem i skaryfikacja nic nie pomogły — natomiast leczenie nacieraniem oliwą uśpiana wonnego, wraz z nacięciami spojówki w 5 miesięcy dały znakomitą poprawę i przejaśnienie się rogówki w miejscu łuszczki.

W. Melanowski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Znieczulenie lędźwiowe przy cięciu cesarskim. Odagesco S. *Revue Française de Gynec. et d'Obstétr. 22 Anneé Nr. 11.*

Opierając się głównie na pracach doświadczalnych *Keiffer'a, Whitehouse'a* i innych autor twierdzi, że usunięcie działania ośrodkowego układu nerwowego na macicę zapomocą znieczulenia lędźwiowego wyzwala wpływ układu współczulnego i zwojów nerwowych autonomicznych macicy, które to czynniki wywołują mocny skurcz mięśni trzonu Zgoła inaczej sprawa się ma w dziedzinie unerwienia szyi macicy: tam napięcie mięśni okrężnych, zamykających ujście wewnętrzne otrzymywane jest przez bodźce wychodzące z ośrodkowego układu nerwowego. To też pod wpływem znieczulenia lędźwiowego znika napięcie wspomnianych mięśni szyji, ulega ona rozluźnieniu. Reasumując, znieczulenie lędźwiowe wywołuje skurcz mięśni trzonu macicy z jednoczesnym rozluźnieniem mięśni szyi, a więc stwarza warunki nieledwie idealne do wydalenia płodu.

Specjalnie w czasie cięcia cesarskiego znieczulenie lędźwiowe ma cały szereg zalet: 1) zapewnia spokój w jamie brzusznej; 2) daje znieczulenie stałe; 3) zwiększa kurczliwość macicy, a co zatem idzie; 4) zatrzymuje krwawienie; 5) nie wywiera wpływu na płód; 6) rozluźnia dolny odcinek.

Jeśli chodzi naogół o zastosowanie znieczulenia lędźwiowego w położnictwie to będzie ono tylko w pewnych przypadkach wskazane. A więc do porodu prawidłowego nie nadaje się ze względu na zniesienie działania tłoczni brzusznej; podobnie przy obrotach zbyt obkurcza macicę dookoła płodu, a więc jest przeciwwskazane. Natomiast podczas wydobycia płodu w położeniu miednicowym, zwłaszcza połączonem z symphysiotomią — oddaje znieczulenie lędźwiowe znaczne usługi. Podobnie sprawa się ma przy pochwowem cieciu cesarskim (Dührsen), przy kleszczach, rozkawałkowaniu płodu i accouchement forcé.

Statystyka autora z Kliniki Tarnier w Paryżu dotyczy 304 przypadków. W tem były dwa przypadki śmierci zależne od znieczulenia lędźwiowego: pierwszy dotyczył rodzącej ze znacznemi obrzękami, alkoholiczki; drugi — rodzącej jak się zdaje normalnej, lecz u której wykonano 8 nakłuć zanim trafiono do kanału rdzeniowego. Obydwie wyżej wymienione operowane zmarły z objawami zapadu w początku zabiegu.

Co do innych powikłań to w jednym przypadku wystąpiło długotrwałe (przez 2 mies.) zatrzymanie moczu, w paru innych mdłości i wymioty. Wspomnieć należy, że znieczulenie lędźwiowe u rodzących jest technicznie trudne, dzięki niemożności należytego przegięcia pacjentki w kręgosłupie, a także dzięki często spotykanym u rodzących wymagających zabiegu, — nieprawidłowościom w budowie kośćca, a przedewszystkiem skrzywieniom kręgosłupa. Nic więc dziwnego, że w 7 — 8% przypadków nakłucie okazało się niemożliwe ze względów technicznych.

Porównywując wyniki znieczulenia lędźwiowego z wynikami ogólnego uśpienia chloroformem lub eterem w 65 przypadkach cięcia cesarskiego, autor stwierdza, że macica kurczy się znacznie gorzej, wywołując silne krwawienie, które nietylko jest utratą krwi dla rodzącej, ale jeszcze znacznie utrudnia ope-

rację i pogarsza widoki na prawidłowe zagojenie się rany macicy nie dokładnie ściągniętej. Ponadto chloroform wpływa widocznie na płód, wywołując jego senność, ospałość po porodzie; zresztą nie wiemy jeszcze obecnie, jak szkodliwy może być wpływ chloroformu na wrażliwe narządy dziecka. Wreszcie wyłączyć się nie da szkodliwego wpływu na wątrobę rodzącej.

W wyniku swej pracy, autor gorąco zaleca znieczulenie lędźwiowe we wszystkich przypadkach, gdzie wykonać wypadnie cięcie cesarskie.

Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe z zeszyciem macicy wraz z powłokami brzusznemi. Zarate E. *Revue Française de Gynecologie et d'Obstetrique 22 Année Nr. 11.*

Autor opisuje przypadek porodu, obserwowany w 1916 r., w którym wykonał cięcie cesarskie z niestosowaną dotychczas odmianą techniki. Wskazaniem do ukończenia porodu był brak postępu porodowego z powodu obkurczenia macicy; przedewszystkiem zaś pierścienia skurczowego. Wobec objawów rozpoczynającego sie zakażenia, autor postepował w zasadzie według techniki Sellheim'a (obszycie otrzewnej ściennej z otrzewną trzewną); jedynie po usunięciu płodu i łożyska nie pozostawił otwartej rany w macicy, lecz zeszył ją wraz z powłokami szwami jedwabnemi, przechodzącemi przez brzeg rany w powłokach potem przez obydwa brzegi rany w macicy z pominięciem śluzówki i wreszcie przez drugi brzeg rany w powłokach. To zeszycie jednopiętrowe powłok brzusznych wraz z raną macicy uważa autor za własną odmianę techniki. W przebiegu pooperacyjnym wyżej opisane szwy puściły na 4-ty dzień i dalsze gojenie przeprowadzano per secundam intentionem.

Po dwu latach z powodu przepukliny w bliźnie po cięciu brzusznem u tej samej chorej autor otworzywszy jamę brzuszną uwolnił macicę od zrostów.

W rok później ta sama osoba została przyjęta do kliniki w IX-ym m-cu ciąży i w terminie porodowym została rozwiązana cięciem cesarskiem klasycznem. Wreszcie w r. 1926 rodząc po raz trzeci rozwiązana została przez autora zapomocą symphysiotomji, przyczem wydalenie płodu nastąpiło po zastosowaniu ucisku Kristeller'a.

Autor zwraca uwagę na wytrzymałość blizny w ścianie macicy, wszak ostatni poród odbył się prawie zupełnie samoistnie, cały okres 1-go porodu macica przeprowadziła własnemi siłami, dając tym dowód zupełnie wystarczającej sprawności mięśnia.

Porównywując z metodą Portes'a autor uważa swoją za lepszą, gdyż nie naraża przydatków na ewentualne bodźce szkodliwe, związane z długotrwałą exteriorizacją, nie wymaga następowej niekiedy b. trudnej operacji, jest o wiele łatwiejsza w przeprowadzeniu przebiegu pooperacyjnego i bardziej estetyczna niż operacja Portes'a.

Wyniki operacyjnego leczenia niepłodności, zależnej od zamknięcia bańki jajowodu. Villard, Labry. *Gynecol. et Obstetr. T. XVI Nr. 4. (Zjazdowy).*

Autorowie porównywują pod względem wyników dwie metody operacyjne, mające na celu przywrócenie drożności trąbki zamkniętej na końcu brzusznym, a mianowicie: salpingolysis i salpingostomia. Pierwszą wykonali w 103 przypadkach: w wyniku stwierdzili w 9 przypadkach z pewnością zajście w ciążę, w 3 zaś miały miejsce poronienia, jednak z pewnością nie stwierdzone; reasumując autorowie podają odsetek wyleczeń quoad graviditatem na mniej więcej 10%.

Salpingostomia wykonana w 26 przypadkach dała w wyniku ciążę tylko w jednym przypadku. Przyczynę tej tak wielkiej różnicy rezultatów V. i L. widzą w znaczeniu dla przesuwania się jaja poprzez trąbke bańki jajowodu jej strzępków, a szczególnie strzępka jajnikowego.

Salpingolysis, która nie usuwa ujścia brzusznego, a raczej jego strzępków, lecz uwalnia je ze zrostów daje wyniki bez porównania lepsze niż salpingostomia, która w sposób brutalny usuwa cały delikatny aparat strzępków, a szczególnie strzepek jajnikowy, który stanowi połączenie śluzówkowe jajnika z jajowodem. To też w miarę możności wykonywać należy salpingolysis, a jeżeli jest to wprost niemożliwe, to salpingostomia winna być w metodzie swej jak najbliższa wspomnianej wyżej operacji. Tak też postępowali autorowie w tym jedynym przypadku zakończonym ciążą, który autorowie zaliczyli do grupy leczonych salpingostomją.

Wynalazłszy przypuszczalny otwór zarośnięty jajowodu V. i L. otworzyli go przedłużając nieco cięcie w górnej ścianie jajowodu, lecz nie naruszając związku śluzówkowego trąbki z jajnikiem. Szwów żadnych na jajowód nie nakładano, gdyż autorowie uważają, że szwy powodują stwardnienie tkanki, nacieki zapalne dookoła siebie — tam gdzie przedewszystkiem tkanka winna być elastyczna i miękka.

Co się dzieje z lipiodolem wstrzykniętym do jajowodu? Gotte G., Martin F. *Gynecol. et Obstetr. T. VI. Nr. 4; (Numer zjazdowy).*

Na zasadzie badań anatomo-patologicznych i obserwacji klinicznej podczas operacji wykonywanych w 24 do 48 godz. po salpingografji autorowie twierdzą, że przy trąbkach drożnych lipiodol, który przeszedł tylko przez jajowód nie pozostawia w nim żadnych absolutnie śladów. Inaczej rzecz się ma tam, gdzie dzięki zamknięciu ujścia brzusznego lipiodol pozostaje w trąbce przez czas dłuższy. W jednym przypadku badając trąbkę zamkniętą i wyciętą w 4 dni po salpingografji, autorowie stwierdzili niedaleko od powierzchni jednej z fałd trąbki liczne makrofagi, zawierające kuleczki tłuszczu. Podobny obraz obserwowali C. i M. w przypadku przewlekłego zapalenia przydatków, w którym badali jajowód wycięty również w parę dni po wprowadzeniu lipiodolu i zamknięty na końcu brzusznym.

Natomiast niezmiernie ciekawy obraz stwierdzono tam, gdzie dzięki pęknięciu śluzówki trąbki, lipiodol przedostał się wprost do jej ściany. Autorowie przytaczają dwa takie przypadki. W pierwszym usunięto jajowód po dłuższym czasie po salpingografji. Na przekroju pod mikroskopem stwierdzono pomiędzy wiązkami mięśni liczne puste przestrzenie różnych rozmiarow, otoczone komórkami kwasochłonnemi, o jądrach jasnych, niekiedy wielojąderkowych; komórki te przypominają makrofagi i cała budowa opisanych tworów przypomina ugrupowanie tworzące sie zazwyczaj dookoła ciał obcych w organiźmie; ponadto dookoła stwierdza się nacieki komórek nabłonkowatych i plazmocytów. W protoplazmie niektórych komórek widac kuleczki tłuszczu.

W przypadku drugim, również przy trąbkach zamkniętych, wytworzyło się zbiorowisko lipiodolu w zewnętrznej części tkanki mięśniowej i w tkance łącznej dookoła naczyniowej podsurowiczej jajowodu otoczonej otrzewną. Odczyn tkanki otaczającej odpowiadał obrazowi wyżej opisanemu.

Jak widać z powyższego, wprowadzenie lipiodolu do zdrowych jajowodów nie może przynieść im szkody, a nawet tam, gdzie czy to z powodu wadliwej techniki, czy z powodu nadmiernej kruchości tkanek, płyn kontrastowy przedostał się do miąższu ściany jajowodu — nie wyrządziło to poważnej szkody zresztą i tak chorej trąbce. W każdym jednak razie, aby uniknąć ewentualnego niebezpieczeństwa należy zawsze kontrolować ciśnienie zapomocą manometru.

Wydzielanie wewnętrzne jajnika, a kurczliwość macicy. Brouha L., Simonnet H. *Gynecol, et Obstetr. T. XVI. Nr. 5. (Zjazdowy).*

Starając się wejść głębiej w mechanizm działania wydzieliny dokrewnej jajnika na kurczliwość macicy autorowie przedsięwzieli szereg prac doświadczalnych nad zwierzętami, uważając za czynnik działający wydzielinę pęcherzyka Graafa.

Wiadomo, że macica świnki morskiej kurczy się znacznie wydatniej i równomierniej w okresie ruji, niż w okresach dioestrus; znając z drugiej strony działanie wydzieliny jajnika (prawdopodobnie pęcherzyka Graafa) na rozwój morfologiczny macicy, możnaby przypuścić, że wzmożone skurcze w czasie ruji są skutkiem powiększenia się objętościowego macicy pod wpływem hormonu tegoż pęcherzyka. Bliższe badania wykazują jednak, że w okresie ruji nie powiększa się ilość i objętość mięśnia macicy, lecz zmienia się, rozrasta tylko jej śluzówka. Wobec tego, autorowie wysuwają hypotezę, że wydzielina jajnika działa bezpośrednio na kurczliwość macicy, a nie poprzez powiększenie objętości jej mięśnia. Na poparcie swej hypotezy B. i S. przytaczają wyniki dwuch rodzajów doświadczeń:

1. Płyn z pęcherzyka Graafa w całości, lub wyciąg z niego rozpuszczalny w wodzie, odbiałczony wywołuje in vitro skurcze rytmiczne macicy, znajdującej się w spokoju, wzmaga skurcze już istniejące o miernem natężeniu i pozostaje bez wpływu na macicę kurczącą się silnie.

2. Drugie doświadczenie miało założenie następujące: spostrzeżono, że wypłukanie macicy szczurzej lub świnki morskiej zapomocą płynu Ringer'a wywołuje uspokojenie się i ustanie zupełne skurczów macicy już istniejących, jednak mięsień zachowuje zdolność odpowiadania skurczem na bodźce zewnętrzne (hypophysyną); a więc płyn Ringera musiał tylko wypłukać jakąś substancję, pobudzającą do skurczu macicę. Rzeczywiście jeśli zebrać płyn Ringera, którym wypłukiwano macicę i dodać go do otoczenia macicy we wspomniany sposób uspokojonej, to zaczyna się ona kurczyć rytmicznie nadal: doświadczenie to z naprzemiennym uspakajaniem i pobudzeniem macicy można powtarzać kilkakrotnie. Skurcze te odpowiadają typowym dla ruji i doszedłszy do pewnego maximum, uzyskanego odpowiednią dawką więcej się nie powiększają. Takież działanie jak płyn Ringera, którym wypłukano macicę, wywiera płyn pęcherzyka Graafa, dodany do uspokojonej macicy. W wyniku przypuszczać należy, że rozmiar skurczów macicy w czasie prawidłowej ruji również zależy od zawartości wydzieliny pęcherzykowej w mięśniu. W zakończeniu autorowie podnoszą zresztą na zasadzie tak piśmiennictwa, jak osobistego doświadczenia, że prawdopodobnie przysadka mózgowa (obydwa płaty) wywiera wpływ kierujący tak na morfologję jak na fizjologję macicy i narządów płciowych,

W sprawie wyciągu z przysadki mózgowej. Burger. *Gynecologie et Obstetrique t. XVI Nr. 5 (Zjazdowy).*

Autor zaleca używanie w położnictwie wyciągu z przysadki mózgowej, tak przy przedłużającym się okresie II porodu, jak w połogu wczesnym wobec niedowładu macicy. Z naciskiem podkreśla, że w przypadkach wtórnie słabych bólów, jak również wobec braku postępu porodowego przy macicy nadmiernie obkurczonej zastosowanie hypophysyny jest błędem. Olbrzymia większość ogłoszonych dotychczas przypadków, w których wyciąg z przysadki mózgowej miał przynieść szkodę odnosi się do skutków błędnego zastosowania tego leku. Nie dający się zaprzeczyć zysk w postaci zmniejszenia ilości rozwiązań kleszczami — zmusza do włączenia wyciągu z przysadki mózgowej do spisu niezbędnych lekarstw w aptece położnika.

W dyskusji *H. Chatillon* z Genewy podniósł oprócz przeciwwskazań położniczych także ogólne jako to: wzmożone nadmiernie ciśnienie tętnicze, choroby serca. Ch. jest stanowczym stronnikiem omawianego leku dopiero w II okresie przy ujściu macicy całkowicie rozwartem; zalecany przez *Hauch'a* z Kopenhagi sposób podawania małych dawek hypophysyny w okresie I — wymaga jeszcze dalszego sprawdzenia, co do swego bezpieczeństwa.

Naczyniak jajnika. Keller R. *Gynecol. et Obstétr. T. XVI, Nr. 5 (Zjazdowy).*

Naczyniak jajnika, który obserwował autor w jednym przypadku jest nowotworem rzadkim, skoro zaledwie parę przypadków znanych jest z piśmiennictwa. Najważniejsze cechy tego prawdopodobnie dobrotliwego nowotworu dadzą się ująć jak następuje: nowotwór składa się z naczyń krwionośnych w najrozmaitszych fazach ich rozwoju, poczynając od tworów komórkowych litych, po przez grupę komórek otaczających parę ciałek czerwonych krwi, aż do naczyń znacznie rozszerzonych. Naczynia te znajdują się w podłożu łącznotkankowym, obrzękłym i oddzielają się od niego niekiedy ostro, niekiedy zaś przechodzą jedno w drugie bez granic wyraźnych; wysepki nowotworzących się naczyniek grupują się niekiedy dookoła naczynia średniego kalibru, nigdzie nie stwierdza się cech bujania złośliwego. Charakterystycznem jest, że nowotwór ten nie obejmuje całego jajnika i zmiany naczyniowe wyżej opisane spostrzec się dają tylko w jego części. W przypadku autora znajdował w jamie brzucha płyn w ilości przeszło litra, którego pochodzenia autor nie może sobie wyjaśnić. W każdym razie obecność płynu zmusza do pilniejszej obserwacji dalszego przebiegu tego przypadku z obawy przed objawami złośliwości.

T. Zawodziński.

BIBLJOGRAFJA.

J. Maisonnet. Petite Chirurgie, 1024 str., 723 rys. Nakładem Gaston Doin et C-ie, 1928 r. Cena 70 franków franc.

Stanowczo tytuł „mała chirurgja“ niezupełnie ściśle odpowiada zakresowi powyższego podręcznika. Sam autor zresztą w przedmowie wspomina, że raczej są to wskazówki dotyczące „codziennej praktyki chirurgicznej“. Istotnie, w sposób zwięzły, a jednocześnie wyczerpujący zebrał autor wszystkie wiadomości potrzebne w leczeniu chorób chirurgicznych. Miał on na myśli przedewszystkiem studentów i młodych lekarzy, ale jestem przekonany, że i wielu doświadczonych chirurgów nie bez korzyści przeczyta ten podręcznik, mogą w nim bowiem znaleźć niektóre u nas mniej znane metody. Szczególnie cenne usługi może oddać ta książka kierownikom szpitali lub oddziałów chirurgicznych w wyszkoleniu personelu: ścisłość i dokładność opisu wszelkich zabiegów przygotowawczych, tak w sali operacyjnej, jak i przy łóżku chorego wraz z obfitością illustracji odnośnych ogromnie ułatwia nauczanie, jak się powinno je wykonywać i jakich zwłaszcza błędów należy się wystrzegać.

Autor, profesor akademji wojskowej lekarskiej w Val-de-Grâce, w sposób nader szczęśliwy potrafił zjednoczyć sposoby i metody zdawna wypróbowane i będące w jego klinice w codziennem użyciu z najnowszemi zdobyczami wiedzy, tak, że czytelnik znajdzie tu dokładne przedstawienie najnowszych sposobów leczenia, jak np. szczepionkami, obok dawnych, tradycyjnych metod.

Obfitość zgromadzonego materjału uniemożliwia nawet pobieżne przytoczenie chociażby główniejszych rozdziałów. Dlatego też musimy poprzestać na wskazaniu na najgłówniejsze zalety tego dzieła. A więc przedewszystkiem znajdujemy tu, jak już wspomnieliśmy, dokładny opis najnowszych metod, że przytoczę tylko: przetaczanie krwi, leczenie szczepionkami, surowicami, wprowadzaniem tlenu, nowsze sposoby znieczulenia ogólnego (tlenek azotu) i miejscowego (znieczulenia n. trzewnych i t. d.). Ze zwykłych w tego rodzaju podręcznikach działów jak pielęgniarstwo, wyjaławianie, pierwsza pomoc, opatrywanie ran i t. d. na wyróżnienie zasługuje bardzo szczegółowo przedstawiony dział złamań i zwichnięć. Autor jednak nie poprzestał na tem, lecz rozszerzył znacznie ramy swego dzieła dołączając rozdziały o przygotowaniu przedoperacyjnem chorego i o pielęgnacji pooperacyjnej, o leczeniu fizykalnem, o mięsieniu i ponadto rozdziały poświęcone ginekologji, otolaryngologji, okulistyce i stomatologji, oczywiście w zakresie potrzeb nie specjalisty. Wreszcie niektóre operacje nagłe, jak nacięcie tchawicy, przecięcie ropnia, podwiązanie naczynia i t. p. uzupełniają dzieło, czyniąc z niego wprost pewnego rodzaju encyklopedję do użytku podręcznego każdego lekarza stykającego się z schorzeniami chirurgicznemi. Nie ulega wątpliwości, że cel autora — stworzenie podręcznika, któryby zawierał w sobie wszystko co nie jest „wielką chirurgją“ został osiągnięty. Uważam jednak, że nie tylko student lub młody lekarz powinien się z tą książką zaznajomić; jest ona wprost nieodzowna dla ogólnego lekarza—praktyka zwłaszcza na prowincji, który z natury rzeczy często bywa zmuszony bądź do okazania pierwszej pomocy, bądź nawet do leczenia spraw chirurgicznych. Podręcznik ten może mu ułatwić nie jedną trudną sytuację. Z tych samych względów sądzę, że i dla lekarzy wojskowych będzie on cennym nabytkiem, tembardziej polecenia godnym, że piśmiennictwo polskie dotychczas nie posiada tego rodzaju i rozmiarów dzieła.

Wobec sporej objętości książki i wielkiej liczby rycin cenę należy uważać za bardzo przystępną.

A. Wojciechowski.

M. Ségard i M. Laemmer. Formules usuelles. 560 str. Wyd. G. Doin et C-ie. 1928 r. Cena 30 frank, franc.

Krótki ten podręcznik terapeutyczny różni się od tylu innych tego rodzaju wydawnictw zasadniczo. Jest on wprawdzie ułożony jak zwykle w porządku alfabetycznym nazw chorób, lecz autorom nie chodziło o zgromadzenie możliwie dużej ilości zestawień recepturalnych, jak to dotychczas czyniono. Dają oni dla każdego schorzenia postępowanie „typowe“, uznane przez nich za najlepsze. Sprzyja to przejrzystości i czyni powyższą książeczkę szczególnie odpowiednią dla młodego lekarza, który często w innych tego rodzaju podręcznikach nie wie, jaką z formułek recepturalnych ma zastosować. Książka powyższa jest wiernym odbiciem francuskich metod leczniczych, a więc często odbiegających dość znacznie od będących u nas w użyciu i z tego względu zasługuje również na uwagę.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie gruźlicy chirurgicznej wstrzykiwaniem domięśniowem roztworu jodu w oliwie i nasyceniem ustroju solami wapnia.—La Presse Méd. Nr. 101, 1927.

Roztwór jodu przygotowuje się ex tempore przez dodanie do 10 cm³ oleju orzachowego 1 cm³ nalewki jodowej. Dawkę początkową 5 cm³ roztworu (dla dorosłych, dla dzieci 1 cm³) powiększa się stopniowo do 20 cm³ (dla dzieci 5 cm³); wstrzykiwać należy po uprzedniem przekonaniu się, że koniec igły nie tkwi w żyle, i całkowicie domięśniowo, a nie do tkanki podskórnej, co jest bardzo bolesne i pozostawia dłużej trwający naciek. Wstrzyknięcia powtarza się co 5—8 dni, gdyż tyle czasu wymaga dokładne wessanie się zwykłej dawki. O ile chory reaguje na wstrzyknięcie podwyższeniem ciepłoty powyżej jednego stopnia, dawkę należy obniżyć.

Leczenie powyższe uzupełnia się podawaniem soli wapnia, doustnie (4—8 g chlorku wapnia dziennie, ewent. tricalcina) lub dożylnie.

Z początku ropienie z przetok może się nasilić, nowe przetoki mogą powstawać, ale już po 4—5 wstrzyknięciach występuje wyraźna poprawa, a wyleczenia klinicznego można spodziewać się po 6—8 miesiącach.

Leczenie to jest przeciwskazane w przypadkach niedomogi nerek lub wątroby.

(Jest to modyfikacja sposobu Finikoffa, który posługiwał się oliwą zamiast oleju orzachowego. (Huile d'arachide).

W powikłaniach po wstrzyknięciu neosalvarsanu i podobnych związków radzą wstrzykiwać podskórnie adrenalinę 1:1000 w ilości 1½ c. sz.; ewentualnie oprócz tego jeszcze dożylnie 1/10 mgrm. adrenaliny w 3 - 4 c. sz. rozczynu fizjologicznego. Zapobiegawczo: wstrzyknięcie adrenaliny 1:1000 podskórnie w ilości ½ cm. sz. na kwadrans przed wlewaniem arsenowem, albo podanie naczczo również na kilka godzin przed wlewaniem 0,01 neosalvarsanu w niewielkiej ilości wody.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

PYTANIA.

16. Kto z Kolegów posiada większe doświadczenie w stosowaniu kwasu mrówczanego, ostatnio zalecanego w gośćcu i t. p. Czy środek ten jest wart wypróbowania?

Dr. J. K. w Sw.

ODPOWIEDZI

Ad. 15. Kol. dr. H. Sz. w Nar.

U dzieci najstalszym objawem powyższonej mechan. pobudliwości ma być obj. Lusta (peroneus-fenomen), najprawdopodobniej obj. *Erb'a*, *Trousseau* wypadłyby dodatnio w przypadku p. Kolegi.

Co do terapji: zmniejszenie ilości podawanego mleka do ¼ litra, wzamian tego kleiki, mączka kufeke z dodatkiem preparatów białkowych: Lacton, Larosan, puré jarzynowe — stworzenie najkorzystniejszych warunków higienicznych.

Celem obniżenia wzmożonej pobudliwości nerwowej stosujemy kombinowane leczenie wapniem, fosforem, tranem.

Calcium chlor crystal od 2 — 14 gr. p. die przez 2 dni, zmniejszając stopniowo dawkę w ciągu 8 dni do 4 gr. p. die (*Göppert*), lub Calc chlor. sicc. w dawkach o połowę mniejszych.

W licznych przypadkach b. skutecznie działa Ammonium chlorat. w dawkach po 0,5—0,6 na kg wagi ciała dziennie. (Freudenberg). Ponieważ tran sprzyja zatrzymywaniu wapnia w ustroju wskazanem jest podawanie Ol. j. aselli z fosforem 0.01/150.0 2—3 w dniu po 5 gram.

Polecanem jest podawanie: Strontium lactic. 10—13 gr. d. die, Strontium chlorat. 2—3 gr. die — (*Tezner*). Sole Strontium można podawać z tranem.

Duże usługi oddaje lampa kwarcowa.

Dr. J. Freytag (Lublin).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*

Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

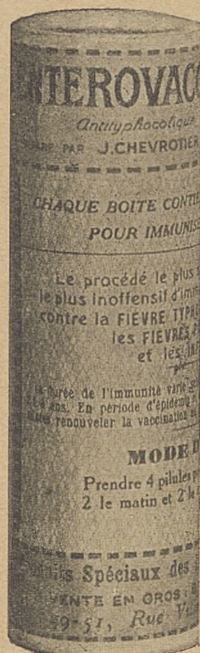
Wielowartościowa szczepionka zapobiegawcza
i lecznicza przeciw

DUROWI BRZUSZNEMU,
DUROM WRZEKOMYM

(paratyphi) i zakażeniom, wywołanym przez prątek
OKRĘŻNICY

ENTEROVACCIN
LUMIÈRE

NADZWYCZAJ DOGODNY SPOSÓB STOSOWANIA **„PER OS"**
SZCZEPIONKI W PIGUŁKACH
POZBAWIONY UJEMNYCH STRON ZASTRZYKOW PODSKÓRNYCH
NIE POWODUJE NAJMNIEJSZYCH OBJAWÓW OGÓLNYCH LUB MIEJSCOWYCH, JEST ZATEM ZUPEŁNIE BEZPIECZNY



POSIADA NADZWYCZAJNĄ SIŁĘ ZAPOBIEGAWCZĄ.

Jako środek leczniczy znakomicie skraca i łagodzi przebieg choroby, wywołując już po upływie pierwszych trzech dni znaczny spadek ciepłoty. Działanie

ENTEROVACCIN LUMIÈRE

należy do najbardziej pewnych i niezawodnych.

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie, 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci poniżej 7 lat pół dawki.
(1 flakon zawiera 28 pigułek kieratynowanych).



Przedstawicielstwo i Skład na Polskę L. NASIEROWSKI
Warszawa, Piękna 62. Telefon 30-42, 124-39.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW. PP. LEKARZY.

RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwgonokokowa wieloważna, stosowana „per os."

NAJDOGODNIEJSZA i NAJNOWSZA METODA SWOISTEGO LECZENIA **RZEŻĄCZKI** DROGĄ DOUSTNĄ.

Dawkowanie:
4 pigułki dziennie: 2 rano,
2 wieczorem na godz. przed jedz.



1 FLAKON ZAWIERA 32 PIGUŁEK KERATYNOWANYCH.

WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA (OKRESÓW PRZEWLEKŁEGO i OSTREGO), ORAZ WSZYSTKIE SCHORZENIA i POWIKŁANIA NA JEJ TLE, ZARÓWNO U **MĘŻCZYZN** JAK i U **KOBIET**.

(ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ, PĘCHERZA, JĄDER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIERDZIA) I.T.P.

RHÉANTINE LUMIÈRE DAJE ZAWSZE NIEZAWODNE WYNIKI, NIE POWODUJĄC NAJMNIEJSZEGO ODCZYNU, ANI MIEJSCOWEGO, ANI OGÓLNEGO.

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski"
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42 – Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

Zawiera w stanie ***biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

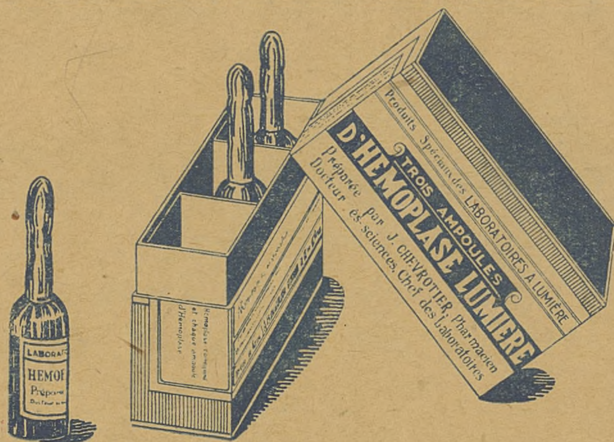
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja ect. etc.)
NOWOTWORY.



Postacie:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. ($^1/_5$ amp.) od 8—13 lat—2 razy tydodniowo po 5 do 10 cc. ($^1/_2$—$^1/_1$ amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3—4 łyż. dziennie.



Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU